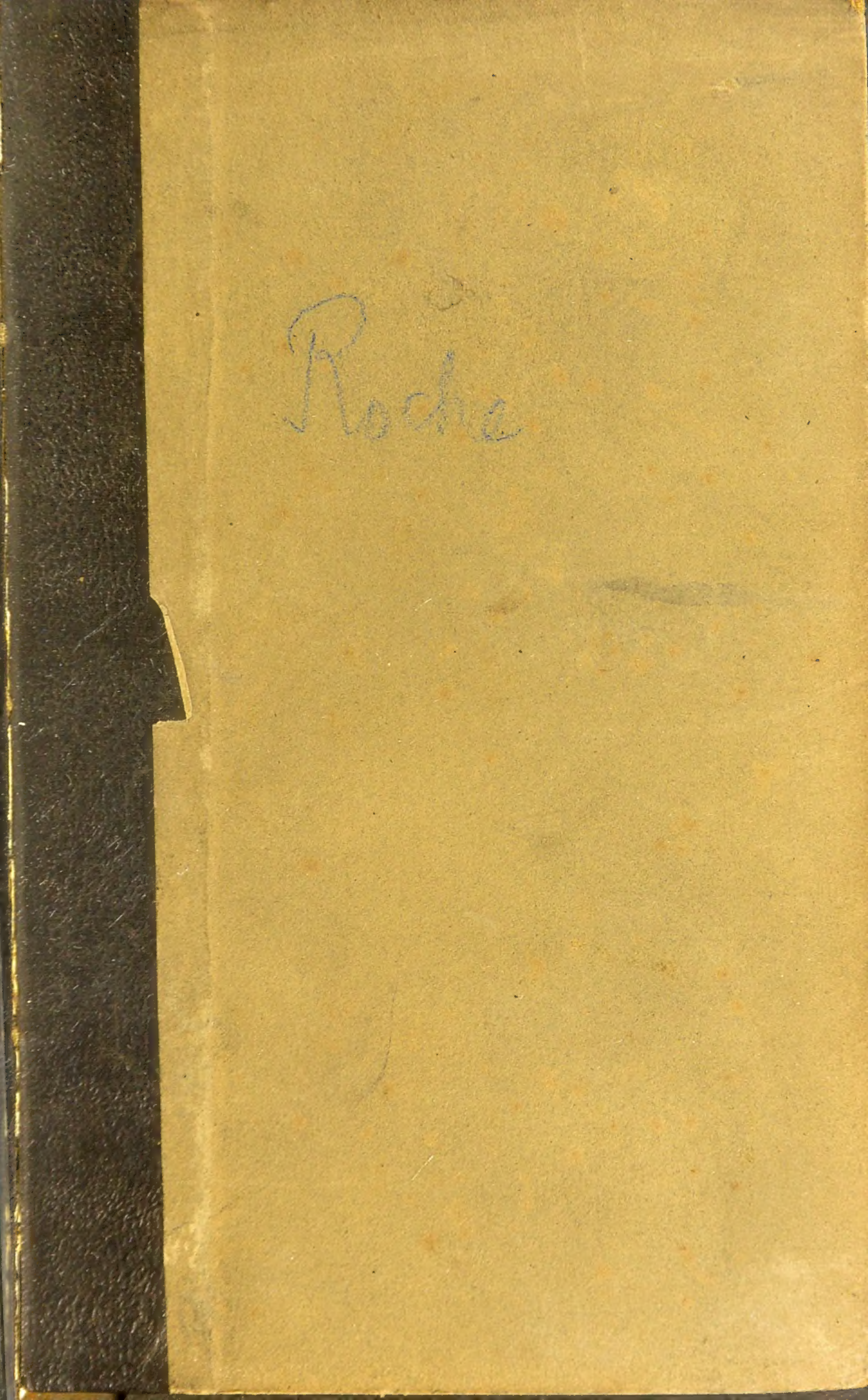

Rocha


CAGE
ROC


ET
AVGE-
BITVR
SCI
-ENT
-IA

NOUVEAUX ÉLÉMENS

DE

PATHOLOGIE

MÉDICO-CHIRURGICALE.

IMPRIMERIE DE C. THUAU,
Rue du Cloître-Saint-Benoît, n° 4.

NOUVEAUX ÉLÉMENS

DE

PATHOLOGIE

MÉDICO-CHIRURGICALE,

OU

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PAR L. CH. ROCHE,

Docteur en médecine, Membre-adjoint de l'Académie royale de Médecine, Membre résidant de la Société de Médecine de Paris, de la Société médicale d'Emulation, de l'Athénée de Médecine, Correspondant de la Société académique de Médecine de Marseille, etc.

ET L. J. SANSON,

Docteur en chirurgie, Chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu de Paris, Chirurgien ordinaire du troisième dispensaire de la Société philanthropique, Membre de la Société de Médecine de Paris, de la Société médicale d'Emulation, etc.

SECONDE ÉDITION.

TOME PREMIER.

PARIS,

J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

Rue de l'École-de-Médecine, n° 13 *bis* ;

LONDRES, MÊME MAISON, 3 BEDFORD STREET, BEDFORD SQUARE.

BRUXELLES, AU DÉPÔT DE LA LIBRAIRIE MÉDICALE FRANÇAISE.

1828.

A Monsieur **Broussais**,

Médecin en chef et premier Professeur à l'Hôpital-Militaire d'Instruction du Val-de-Grâce, Officier de la Légion-d'Honneur, Membre de l'Académie royale de Médecine, etc., etc.

A Monsieur le Baron **Dupuytren**,

Premier Chirurgien du Roi, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Institut et de l'Académie royale de Médecine, de la Légion-d'Honneur et de l'Ordre de Saint-Michel, etc., etc.

Hommage au Génie.

ROCHE ET SANSON.

PRÉFACE.

Malgré les nombreuses prédictions qui annoncent chaque jour sa ruine prochaine, la nouvelle doctrine médicale étend graduellement son empire; déjà même elle règne sans rivale dans la science, et les grandes vérités qu'elle a proclamées n'éprouvent plus qu'une impuissante opposition. Elle a dit et prouvé qu'il n'y a point de maladies sans altérations de l'organisation, que les troubles fonctionnels par lesquels les maladies se manifestent sont toujours l'expression fidèle de ces altérations, que c'est par la connaissance du jeu des organes dans l'état de santé et des rapports qui lient l'action de l'un à celle de tous les autres, c'est-à-dire par la *physiologie*, que l'on parvient à apprécier les rapports qui existent entre leurs troubles fonctionnels et leurs lésions; enfin, que les désordres matériels que l'on trouve dans les cadavres, rapprochés des symptômes observés pendant la vie, révèlent la nature des maladies; et ces propositions sont devenues comme autant d'axiomes presque généralement admis aujourd'hui.

Mais en même temps que l'auteur de cette doctrine annonçait ces importantes vérités, il essayait de systématiser les faits de la science, et s'élevant à la plus haute généralisation que comportait à ses yeux leur

ensemble, il posait la loi que la plupart des maladies commencent par un accroissement de l'action organique ou moléculaire des tissus, et créait ainsi la théorie de l'*irritation*. Cette théorie n'obtint pas un assentiment aussi général que les grands principes dont il vient d'être question; et, bien que favorablement accueillie par le plus grand nombre des médecins, elle éprouva une assez forte opposition. La prévention, l'erreur, et par-dessus tout l'oubli des véritables principes philosophiques qui doivent guider dans les travaux scientifiques, lui suscitèrent bientôt de nombreux adversaires. Il fallait, comme la raison l'indique, ne voir en elle qu'une simple formule, examiner si elle était plus large qu'aucune de celles que possédait la science à cette époque, s'assurer si elle embrassait un plus grand nombre de faits; et si elle remplissait ces conditions, l'admettre comme un progrès, et la prendre pour point de départ, afin d'aller en avant. Au lieu de cela, les uns, méconnaissant l'importance du rôle des méthodes synthétiques dans les sciences, la repoussèrent sans examen, par cela seul qu'elle était une théorie; d'autres, plus sévères à son égard qu'ils ne l'eussent été envers une théorie physique ou chimique, oubliant qu'il n'en est aucune dans aucune science, à l'exception de l'astronomie peut-être, que des faits nouveaux n'aient débordée de toutes parts dès le lendemain même de son apparition, si déjà elle n'était trop étroite pour enceindre tous ceux qui étaient connus la veille, la rejetèrent avec dédain,

parce qu'ils virent plusieurs faits se soustraire à ses lois; plusieurs se crurent en droit de la juger sans la connaître, et, selon la coutume, s'en montrèrent les plus ardens dépréciateurs (1); enfin, quelques rhéteurs, dépourvus de l'instruction nécessaire pour en mesurer la portée, se mirent à l'attaquer avec les armes de la chicane et du sophisme. Nous ne parlons pas

(1) L'exemple le plus remarquable de ces jugemens hasardés a été donné tout récemment dans un ouvrage intitulé : *Cours de Médecine clinique*. L'auteur, qui croit que la nouvelle théorie fait consister toutes les maladies dans des inflammations, s'évertue à prouver que telle n'est pas la nature d'un grand nombre d'affections, telles que l'asphyxie, les luxations, les fractures, les hernies, etc. ; et vingt erreurs de ce genre le conduisent à porter vingt accusations aussi peu fondées, qu'il se donne ensuite le plaisir de réduire en poudre. Voilà les inconséquences auxquelles on s'expose quand on veut s'ériger en juge de choses que l'on ignore. Mais il en est résulté pour notre auteur un inconvénient beaucoup plus grave ; c'est que presqu'à chaque page de son ouvrage, il lui est arrivé de s'attribuer la découverte de vérités qui appartiennent à cette doctrine pour laquelle il affecte un si superbe dédain. Certes, s'il l'eût connue, il aurait évité de se donner ce ridicule. Nous ne pouvons croire en effet, que M. R..... eût eu l'intention de s'approprier des idées qu'il aurait su appartenir à d'autres, et encore moins qu'il eût pu concevoir l'espérance de s'en faire passer pour l'inventeur, à l'aide d'une substitution de mots, telle que celle de *médecine organique* à la place de *médecine physiologique*, quand il aurait su qu'il suffisait de quelques citations et du rapprochement de quelques dates, pour le dépouiller à l'instant même de toutes ses prétendues découvertes, sans en excepter une seule.

des mille et une petites passions qui se soulevèrent contre elle, ni des moyens peu louables dont quelques hommes ne craignirent pas de se servir pour la combattre ; il faut jeter un voile sur ces misères humaines.

Cependant, malgré les attaques de tout genre qu'elle eût à soutenir, la théorie de l'irritation resta debout et vit augmenter chaque jour le nombre de ses partisans. C'est qu'il y avait en elle un principe de vie contre lequel devaient venir se briser les efforts impuissans de l'erreur; elle renfermait dans son sein une dose assez forte de vérité pour la protéger même contre ses propres écarts. Défendue avec chaleur et une immense supériorité de talent par son illustre auteur, propagée avec zèle par de nombreux disciples, perfectionnée, restreinte, modifiée par plusieurs hommes de mérite qui sentirent de bonne heure combien elle pouvait rendre de services à la science, les débats qu'elle fit éclore, les écrits multipliés auxquels elle donna naissance, la répandirent avec rapidité, et ne tardèrent pas à en imprégner toutes les intelligences. Sa propagation fut si prompte et son adoption devint si générale, qu'aujourd'hui on s'exposerait à n'être pas compris si l'on parlait un autre langage que le sien. Aucune autre théorie ne s'élève qui menace de l'ébranler; elle domine tous les travaux; il ne paraît pas un bon ouvrage de pathologie qui ne soit fortement empreint de son esprit; la plupart des observations qui se publient portent son cachet; c'est par elle

que la plus grande partie des faits est interprétée, même par ses adversaires les plus déclarés; en un mot, elle a changé presque complètement la face de la science.

On essayerait donc en vain de nier l'immense influence exercée par la nouvelle doctrine et par la théorie de l'irritation sur la pathologie; tous les faits la révèlent. Mais, s'il était possible qu'il existât encore quelques doutes à cet égard, nous engageons à comparer les journaux et les ouvrages de médecine qui se publiaient avant 1816, avec ceux qui paraissent de nos jours. Quelle prodigieuse différence ne remarque-t-on pas entre les premiers et les seconds? Ne semble-t-il pas qu'un long siècle se soit écoulé entre les deux époques? Alors, des milliers de faits isolés et ne se prêtant aucun appui réciproque, une observation froide et stérile des symptômes des maladies et des désordres de l'organisation, une science encore enveloppée des langes de l'ontologie, languissante, enchaînée, et stationnaire si même elle n'était pas rétrograde; aujourd'hui, chaque fait trouvant sa série et reflétant sur ses analogues une partie de la lumière qu'il en reçoit, une investigation passionnée et féconde des phénomènes morbides, la science entrant d'un pas ferme dans la voie positive, pleine de vie, libre et progressive; voilà l'importante révolution qui s'est opérée sous nos yeux. Hommage à l'homme de génie dont les travaux admirables ont porté de tels fruits, et à la voix duquel la science, endormie, s'est éveillée et remise en marche; gloire à M. Broussais!

Mais le mouvement imprimé aux esprits est si rapide, que bientôt la nouvelle école serait dépassée si elle s'arrêtait dans la réforme au lieu de suivre le progrès. Déjà des faits en assez grand nombre débordent la théorie de l'irritation; ce serait folie de n'en pas tenir compte, et tentative souvent impuissante que de chercher à les y ramener. Au lieu de vouloir les faire entrer de force dans son cadre, formons-en de nouvelles séries. Dans quelques années peut-être, de faits en faits nous serons parvenus à poser les sommets de chacune de ces séries, nous pourrons dès lors trouver la généralité qui les domine toutes, et l'exprimer par une nouvelle formule. Jusque là cependant conservons la formule que nous possédons; la détruire, ce serait briser l'échelon qui doit nous élever à l'échelon supérieur; nous retomberions nécessairement à celui de dessous, et pour nous élever de nouveau, nous serions forcés de reconstruire l'appui que nous aurions imprudemment rompu. Car, on le conteste en vain, il n'y a pas de progrès possibles dans les sciences sans théories; l'esprit humain ne s'élance pas d'un bond de la première observation des faits à la hauteur des dernières prévisions scientifiques, sa faiblesse ne le lui permet pas; il faut qu'il fasse une première généralisation pour pouvoir s'élever à une seconde, une seconde pour parvenir à une troisième, et ainsi de suite; chaque généralisation, chaque théorie, est pour lui comme un relai, où il doit prendre de nouvelles forces et de nouveaux guides pour continuer sa route.

C'est pour avoir méconnu ces vérités, c'est aussi parce qu'ils se sont presque toujours placés au point de vue pratique, lorsqu'il s'est agi d'apprécier la valeur des conceptions scientifiques, que les médecins ont souvent contesté l'utilité des théories. Dans toutes les branches des connaissances humaines, deux classes d'hommes en exploitent le fonds : d'une part, des savans qui ne s'occupent que de science pure, et de l'autre, des artistes (1) qui se livrent exclusivement aux applications. Or, l'artiste commence toujours par dédaigner et repousser les données de la science ; et plus tard, s'il en accepte les bienfaits, c'est toujours en niant la source. Mais, en médecine, le savant et l'artiste sont réunis dans le même homme ; de là cette rapidité avec laquelle les travaux théoriques répandent leur influence sur la pratique de l'art, mais de là aussi ces préventions si nombreuses contre les généralisations tout en subissant leur joug ; dans chaque médecin, c'est le savant qui cède à l'empire des théories, et c'est l'artiste qui en méconnaît les services. Il est temps qu'un pareil état de choses ait sa fin. Il est temps que le médecin soit à la fois homme de science et homme d'application, puisque ainsi le veut son ministère, et qu'il cesse à jamais d'être l'un à l'exclusion de l'autre. Il est temps qu'on se persuade qu'en médecine, comme dans toutes les autres branches de l'arbre encyclopédique, les progrès de

(1) Nous employons ici le mot *artiste* dans son acception la plus commune : c'est pour nous un homme qui *pratique* un art.

l'art ne peuvent être rapides et certains que s'ils sont dirigés par la science, de même que les prévisions de celle-ci ne peuvent avoir de valeur que quand l'art les a confirmées. Il est temps enfin, que la pratique cesse d'être hostile à la théorie, que la théorie renonce à ses prétentions despotiques sur la pratique, et que, dans leur intérêt commun, elles marchent d'accord et se prêtent un mutuel appui.

Quelques médecins de cette époque, parmi lesquels se trouvent des hommes de premier mérite, s'apercevant que la science n'a jamais fait de progrès que par l'impulsion des théories, voyant qu'il nous reste de la plupart de celles qui ont régné tour-à-tour quelques débris qui conservent encore une valeur scientifique, mais frappés en même temps de l'oubli dans lequel elles finissent par s'ensevelir, ont pensé que le parti le plus sage était de n'en adopter aucune, et de prendre dans chacune la portion de vérité qu'elle renferme. Cette doctrine, qu'ils nomment *éclectisme*, est séduisante au premier abord, et nous ne sommes pas étonnés qu'elle fasse des prosélytes, mais elle n'en repose pas moins sur des erreurs qu'il importe de signaler.

Lorsqu'une nouvelle théorie vient à surgir, si elle embrasse un moins grand nombre de faits que celle qui règne, quelque ingénieuse qu'elle soit, elle meurt en naissant comme une conception avortée; si au contraire son cercle est plus étendu, elle ne tarde pas à être acceptée par la majorité, et la théorie régnante

s'écroule. Mais, quelque large qu'elle soit, elle ne l'est jamais assez, avons-nous déjà dit, pour comprendre tous les faits connus au moment de son apparition, ou bien le lendemain en voit éclore de nouveaux qui lui échappent. Ces faits excentriques, quelque peu nombreux qu'ils soient, il faut en tenir compte; il n'est pas permis de les négliger. Or, puisque la théorie naissante ne peut pas les atteindre, ils doivent rester et restent en effet soumis aux anciennes explications, qui pour eux conservent toute leur valeur, toute leur vérité; et, comme aucune de ces interprétations en particulier ne peut s'appliquer à tous, ils se partagent en autant de petits groupes qui se rangent tout naturellement chacun sous celle qui lui convient.

Mais il est évident que toutes ces théories déchues ont cessé d'être vraies dès l'instant qu'il s'en est établi une plus large au-dessus d'elles; elles n'ont qu'une valeur relative qu'elles doivent même perdre complètement tour-à-tour. En effet, si l'on étudie avec attention les progrès de la science, on s'aperçoit bientôt qu'au fur et à mesure que les théories deviennent plus générales et embrassent un horizon plus étendu, le nombre de ces débris des anciennes théories va décroissant, et qu'en outre le cercle de chacune d'elles en particulier devient de plus en plus étroit; leur tendance est donc de disparaître, et l'on pourrait aisément déterminer l'ordre dans lequel elles doivent le faire. Que si tout-à-coup la science venait à être constituée à l'état positif, qu'elle soumît tous les faits

connus à une seule et grande loi générale, et les faits à venir à ses prévisions, toutes les vieilles explications perdraient aussitôt le caractère de vérité qu'elles conservent encore à nos yeux, et seraient considérées comme des erreurs. Or, on ne saurait douter que tel est l'avenir de la science, car c'est celui vers lequel elles s'acheminent toutes. Quel doit donc être dès-lors le but des travaux du médecin? Vers quelle direction doivent donc tendre ses efforts? Il faut évidemment que, tout en recueillant continuellement des faits, il poursuive sans relâche la recherche de lois de plus en plus générales, puisque c'est la seule voie qui puisse conduire à la découverte de celle qui doit définitivement constituer la science à l'état positif, et qu'il s'attache par conséquent à restreindre chaque jour le nombre de ces lois transitoires dont nous avons dit que la tendance était de disparaître.

L'éclectisme, loin de diriger vers ce but, en éloigne, et nous paraît propre à retarder les progrès de la science: doctrine essentiellement stationnaire, puisqu'elle ne se propose que de choisir le bon, et jamais de créer le mieux, le progrès s'arrêterait nécessairement si elle était adoptée par tous. En interdisant l'adoption de toute théorie exclusive, l'éclectisme consacre un principe retardataire; car c'est au contraire une théorie exclusive comme celle de l'attraction qui doit faire l'objet de tous nos vœux. En prescrivant de choisir dans toutes les théories ce qu'elles ont de vrai, sans donner les moyens de le reconnaître, il fait un pré-

cepte de la diversité dans les vues, au lieu de consacrer celui de l'ensemble et de l'unité ; il livre la science à des tiraillemens en tous sens, et la prive de cette association d'efforts dans une direction commune, qui seule peut en hâter la marche vers le perfectionnement. Enfin, en donnant à des théories anciennes qui ne s'appliquent plus qu'à un petit nombre de faits, et qui, comme nous l'avons vu, n'ont conservé une faible valeur que parce qu'on n'a pu mieux faire que de la leur laisser; en leur donnant, disons-nous, une importance égale à celle de la théorie régnante, qui nécessairement est un progrès, il perpétue l'existence d'explications que tous les travaux doivent avoir pour but de faire disparaître, et tend par conséquent à nous imprimer un mouvement rétrograde.

Considéré sous le point de vue théorique, l'éclectisme est donc une doctrine erronée. Ses vices surtout frapperaient tous les yeux, si par impossible elle parvenait à se constituer un jour. Qu'on se fasse en effet une idée d'une doctrine dans laquelle on invoquerait tour-à-tour, pour expliquer les maladies, la plupart des théories qui se sont succédées depuis Hippocrate jusqu'à nous. Ne serait-ce pas le plus indigeste chaos? Les adeptes eux-mêmes pourraient-ils s'y reconnaître et s'entendre? Et n'est-ce pas une singulière doctrine, que celle dont le sort est de ne pouvoir jamais se produire, et qui, si elle essayait de planter un jour au milieu du monde savant son éten-

dard bariolé, verrait à l'instant même se disperser ses partisans étonnés de sa bizarrerie, et chacun d'eux, demandant la proscription de la couleur qui blesserait sa vue, la réduire en lambeaux, et travailler involontairement à sa ruine.

Si l'on envisage l'éclectisme du point de vue pratique, il paraît sans doute un peu plus fondé dans ses prétentions; mais cependant encore il ne soutient pas le plus léger examen. En effet, il conseille de faire un choix parmi tous les préceptes thérapeutiques que nos prédécesseurs nous ont légués, et parmi ceux qui tendent à s'établir tous les jours; mais il ne fournit aucun moyen de faire ce choix, et le laisse à l'arbitraire de chaque médecin; et, comme il ne donne pas, que nous sachions, l'infaillibilité à ses adeptes, il se réduit donc à un conseil stérile. Si l'on venait nous dire que l'expérience est son guide dans le choix des préceptes thérapeutiques, et que le véritable éclectisme consiste à adopter les traitemens dont elle a démontré l'efficacité, nous répondrions qu'il n'est pas de médecin raisonnable qui repousse les leçons de l'expérience quand elles sont claires et précises, mais qu'il n'en est pas non plus qui ne sache et ne répète avec le père de la médecine combien elles sont par fois mensongères et fallacieuses (*experientia fallax*), et que si l'éclectisme ne nous apprend pas à les comprendre sans ambiguïté, à les interpréter sans torture, et à éviter les erreurs qu'elles peuvent nous faire commettre, il laisse la pratique de la médecine avec

toutes ses difficultés, et n'est plus qu'un vain mot qui promet beaucoup sans rien tenir.

Il n'y a donc pas d'autre marche à suivre pour faire faire des progrès à la médecine que celle que nous avons indiquée. La route ne nous a-t-elle pas été tracée par les sciences qui sont entrées avant nous dans la voie positive; pourquoi donc hésiterions-nous à nous y engager en les prenant pour guides ? En astronomie, en physique, en chimie, on observe des phénomènes, on expérimente, on généralise les faits, on cherche des lois, on crée des théories, au besoin même on imagine des hypothèses; faisons donc comme les astronomes, les physiciens et les chimistes, puisque des progrès rapides attestent la bonté de leur manière de procéder. Imitons-les encore lorsqu'il s'agit d'applications; ils adoptent tous les procédés pratiques que le hasard, la routine ou l'expérience ont établis dans les arts; mais ils les perfectionnent sans cesse par la théorie, ils les simplifient, en rendent l'action plus précise en même temps qu'ils en créent de nouveaux; comme eux, acceptons toutes les vérités pratiques, quelle qu'en soit l'origine, mais cherchons à les agrandir, à les féconder, et à en augmenter le nombre au moyen de nos théories. Enfin, dans les sciences exactes il n'est jamais question d'éclectisme, le mot ni la chose n'y seraient pas compris; bannissons-les donc de la nôtre, si nous aspirons à lui voir prendre un rang honorable parmi ces sciences.

C'est sous l'influence de ces idées philosophiques

que nous avons exécuté l'ouvrage dont nous livrons aujourd'hui la seconde édition au jugement de nos confrères. L'accueil favorable qu'il a déjà reçu nous confirme dans l'opinion que nous nous étions faite de leur justesse, et nous encourage à y rester fidèles. Comme dans notre première édition, nous admettons donc que toutes les maladies dépendent d'une altération matérielle de l'organisation, non que nous refusions de tenir compte des cas nombreux dans lesquels cette altération ne peut pas être démontrée, mais parce que ce grand principe, fût-il une hypothèse, ce que nous ne croyons pas, est fécond en importantes vérités et nous paraît loin encore d'avoir porté tous ses fruits. Comme dans notre première édition, nous adoptons la théorie de l'irritation, non que nous la considérions comme une théorie complète et définitive, mais parce que nous reconnaissons en elle un premier pas dans la voie positive, un progrès incontestable. Enfin, comme dans notre première édition, nous nous efforçons de ramener la thérapeutique à des principes rationnels et de la soumettre à des règles fixes, tout en adoptant, et sans prétendre qu'il faille rejeter de son sein, les vérités qu'elle doit au hasard ou à l'empirisme.

Voilà notre déclaration de principes. Nous avons la conviction profonde que ces principes sont les seuls qui puissent conduire d'une manière sûre et directe à la découverte de la vérité que nous poursuivons tous.

Nous les défendrons donc toujours avec chaleur tant que notre conviction ne sera pas ébranlée, parce qu'il n'est pas en notre pouvoir de rester de glace pour ce que nous croyons être la vérité ; mais on nous verrait dès demain les abandonner sans hésitation, y renoncer avec franchise, si, en nous démontrant qu'ils sont faux, on nous tendait une main amie pour nous sortir du chemin de l'erreur.

Nous devions cette profession de foi aux nombreux lecteurs dont les suffrages ont encouragé nos travaux. On nous a peints souvent comme des hommes asservis au joug d'une croyance qu'on nous avait imposée ; il nous importait de repousser cette accusation mensongère. Non, nous ne sommes pas esclaves de la parole du maître. Si nous recherchons avec empressement toutes les occasions de signaler à la reconnaissance des amis de la science les belles découvertes dont il l'a enrichie, c'est parce que nous voyons la foule s'acharner à les déprécier ou à les lui ravir ; si nous évitons avec soin de faire parade de notre opposition quand nous exprimons un avis différent du sien, c'est parce que nous nous sommes aperçus, que chez beaucoup de gens c'était un calcul pour se donner de l'importance ou pour se rendre favorables quelques hommes puissans ; mais nous n'en marchons pas moins dans toute notre indépendance et notre liberté : adoptant ce qui nous paraît vrai, repoussant ce qui nous semble erroné, suivant pas à pas les progrès de la science, nous

efforçant de les servir et de les hâter autant qu'il est en notre pouvoir, accueillant la vérité de quelque part qu'elle vienne, et combattant l'erreur jusque sous nos propres bannières ; notre ouvrage tout entier l'atteste, et chaque page, pour ainsi dire, en porte la preuve.

8 Novembre 1828.

NOUVEAUX ÉLÉMENS
DE PATHOLOGIE
MÉDICO-CHIRURGICALE.

PROLÉGOMÈNES.

La *vie* est l'ensemble des effets produits par une organisation donnée; la *santé*, l'ordre et la régularité dans le développement de ces effets; la *maladie*, le désordre et l'irrégularité dans leur manifestation, ou l'obstacle à l'accomplissement d'un ou de plusieurs d'entre eux.

L'étude de l'enchaînement des actes qui composent et constituent la vie forme le domaine de la *physiologie*; la science qui s'occupe de la recherche des moyens de conserver la santé a reçu le nom d'*hygiène*; et celle qui apprend à la rétablir lorsqu'elle a été dérangée, à guérir les maladies, en un mot, a été appelée *pathologie*. Ce sont les élémens de la dernière que nous avons pour but d'exposer dans cet ouvrage.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES
SUR LA PATHOLOGIE.

S'il est vrai de dire que toute maladie est caractérisée par un trouble dans le développement des effets de l'organisation, il en résulte, comme conséquence nécessaire, que toute

maladie reconnaît pour cause un changement plus ou moins profond dans cette organisation elle-même ; nous devons donc la définir, *une altération d'un tissu ou d'un fluide apportant trouble ou obstacle dans l'exercice d'un acte vital ou d'une fonction.*

De même qu'il faut, pour bien étudier l'enchaînement des actes de la vie, en connaître les instrumens dans leur état parfait d'intégrité, c'est-à-dire l'organisation normale, ce que nous apprend l'*anatomie ;* de même, pour bien connaître les maladies, il importe de savoir quels tissus ou quels fluides sont altérés dans chacune d'elles, et quel mode d'altération ils ont subi, c'est-à-dire les changemens d'organisation dont elles dépendent : c'est ce que nous enseigne l'*anatomie pathologique.* La connaissance d'une maladie se compose donc de deux choses, savoir : le *siége,* c'est-à-dire le tissu, l'organe ou le système qu'elle occupe ; la *nature,* c'est-à-dire l'espèce de changement que l'organisation a subi.

Lorsque les maladies sont extérieures, il suffit de la simple inspection pour en déterminer et le siége et la nature ; mais lorsqu'elles sont cachées dans la profondeur des organes, cette détermination n'est plus aussi facile, et le médecin a besoin de recourir à des procédés particuliers pour y parvenir. L'art de mettre ces procédés en pratique, de reconnaître les maladies, en un mot, a été nommé *art du diagnostic ;* et la connaissance acquise de leur siége et de leur nature constitue le *diagnostic* proprement dit.

Mais s'il importe au médecin de savoir reconnaître les maladies, c'est principalement dans le but de pouvoir diriger avec plus de certitude l'emploi des moyens propres à en obtenir la guérison. Le nombre de ces moyens est immense ; la plupart des agens de la nature en font partie. Pour faciliter leur étude, on les a partagés en *hygiéniques, pharmaceutiques* et *chirurgicaux.* L'hygiène, qui s'occupe aussi de l'art de conserver la santé, ainsi que nous l'avons déjà dit, apprend à connaître les

premiers; la *matière médicale*, les seconds; et la *chirurgie*, les troisièmes. Le grand art de les appliquer tous à la cure des maladies a reçu le nom de *thérapeutique*.

Dans aucune science, peut-être, les problèmes ne sont hérissés d'autant de difficultés et n'exigent plus de sagacité que ceux dont se composent le diagnostic et la thérapeutique des maladies. Les élémens du plus simple de ces problèmes sont nombreux et compliqués, les données en sont fugitives, changeantes, trompeuses, enfin la solution la plus satisfaisante n'entraîne presque jamais avec elle la conviction mathématique, et très-souvent elle reste susceptible de contestation. Cependant, par une analyse profonde, le médecin parvient à frayer sa route vers la vérité. Il étudie l'action *des causes des maladies* (*étiologie*); il porte le flambeau de la physiologie dans le dédale souvent obscur de leurs *symptômes* (*symptomatologie*); il en observe la marche, la durée, l'issue (*observation*); il se livre, sur les cadavres, à la recherche des altérations des tissus (*recherches anatomiques*), et combinant ensemble tous les résultats obtenus de ces différentes sources, il en déduit un diagnostic sûr et un traitement rationnel. Lorsque cette étude est faite d'une manière abstraite sur toutes les maladies en masse, elle constitue la *pathologie générale*; appliquée à chaque maladie en particulier, c'est la *pathologie spéciale*.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

Des causes des maladies.

Les causes des maladies ont leur source au dehors ou au dedans des individus, de là leur partage en *externes* et en *internes*. Leur action est circonscrite ou semble s'étendre à toute l'économie, de là les causes *locales* et les causes dites *générales*. La plupart *excitent, stimulent, irritent* les tissus sur lesquels s'épuise ou va retentir leur action; on les nomme alors

excitantes, *stimulantes*, *irritantes*. Quelques-unes au contraire, en petit nombre, diminuent l'action vitale : on les appelle *débilitantes*, *asthéniques*. D'autres brûlent, désorganisent, contondent, divisent, arrachent, brisent les tissus, ou détruisent les rapports naturels qui les unissent : on les désigne par les épithètes de *chimiques* et de *mécaniques*. Toutes n'agissent pas avec la même énergie : ainsi, les unes rendent seulement nos organes plus aptes à contracter les maladies, et on les dit *prédisposantes ;* les autres, au contraire, produisent immédiatement la maladie, et on les nomme *déterminantes*, *efficientes* ou *occasionelles*. Enfin, quelques-unes, parmi les *irritantes*, sont inconnues dans leur essence et produisent toujours les mêmes affections : on les désigne par le nom de *spécifiques*.

Tous les corps de la nature, sans aucune exception, peuvent devenir causes de maladies; mais, parmi eux, les agens nécessaires à l'entretien de la vie, tels que l'air, l'eau, la chaleur, la lumière, l'électricité, les alimens, sont surtout la source des plus nombreux et des plus fréquens désordres. Cela dépend de ce que leur action est continuelle sur nos tissus, et, soit qu'elle augmente ou qu'elle diminue au-delà de certaines limites, soit que les organes la ressentent plus ou moins vivement qu'ils ne doivent le faire dans l'état normal, l'équilibre est rompu, et une maladie se déclare. Plus ils agissent avec force, plus les tissus sont sensibles à leur présence, et plus aussi les maladies se développent avec promptitude et acquièrent d'intensité, et *vice versâ*. Cette loi est d'ailleurs commune à toutes les causes des maladies.

Certaines manières d'être de l'organisation favorisent l'action des causes morbifiques extérieures, et suffisent même souvent pour amener seules à la longue les maladies. Ainsi, l'influence de toutes les causes en général est bien plus grande sur les sujets faibles que chez les individus robustes, en raison de la moindre résistance qu'opposent tous leurs tissus. Les dif-

férens âges, les sexes, les prédominances sanguine, lymphatique et nerveuse (tempéramens) (1), l'excès ou le défaut de développement d'un organe relativement aux autres (idiosyncrasies), et tous les vices de l'organisation, rendent les individus plus sensibles à l'action de telles ou telles causes, et plus aptes à contracter telles ou telles maladies. L'enfance prédispose aux maladies de l'encéphale ; l'adolescence et l'âge adulte, à celles de la poitrine ; l'âge mûr, aux affections des voies digestives ; la vieillesse, aux maladies des reins et de la vessie ; le sexe féminin, aux affections nerveuses ; les tempéramens sanguin, lymphatique et nerveux, aux désordres de ces trois grands systèmes, etc. C'est dans ces conditions organiques que consistent principalement les causes internes des maladies.

Mais de toutes les causes prédisposantes, la plus puissante est, sans contredit, l'hérédité. Gardons-nous de croire cependant, comme on l'enseignait autrefois, que les parens transmettent aux enfans le *germe* de leurs maladies ; c'est une erreur qui ne soutient pas le plus léger examen. Les enfans reçoivent de leurs pères une organisation semblable à la leur, et cette hérédité ne doit pas plus étonner que celle des traits du visage, du son de voix, de la taille, des formes et du caractère. Avec l'organisation de leurs parens, ils doivent nécessairement hériter de la même aptitude qu'eux à contracter les mêmes maladies, mais c'est à cela que se borne cette mystérieuse hérédité. L'habitation dans un autre climat, l'éducation, le genre de vie, etc., peuvent tellement modifier l'organisation du fils, qu'il ne contracte jamais les maladies auxquelles était prédisposé son père ; et de la sorte s'explique naturellement ce fait incompréhensible dans l'autre hypothèse, de prétendus *germes* de maladies qui sautent d'une génération pour reparaître dans une autre. Il serait superflu de s'étendre plus longuement sur

(1) Consultez l'excellent ouvrage du docteur Bégin, intitulé *Principes généraux de physiologie pathologique*, 2e édition. Paris, 1828 ; 2 vol in-8°.

ces vérités, presque généralement admises aujourd'hui. Nous nous bornerons à ajouter deux remarques que nous ne croyons pas sans importance, bien qu'elles n'aient, que nous sachions, été consignées nulle part. La première, c'est que l'aptitude ou la prédisposition héréditaire à contracter telle ou telle maladie s'accroît de génération en génération, et que c'est ainsi que les races s'éteignent. C'est par la même raison que les races qui ne se croisent pas s'abâtardissent. La seconde, c'est que la prédisposition héréditaire se transmet en général du père aux filles et de la mère aux garçons. Depuis que notre attention a été dirigée sur ces faits nous avons eu de nombreuses occasions de les vérifier, et nous n'avons rencontré que de rares exceptions.

L'air, l'eau, le calorique, le froid, la lumière, l'électricité, etc., agissent sur toute l'économie; mais ce n'en est pas moins à tort qu'on les a considérés comme des *causes générales* de maladies, en ce sens qu'on en a voulu tirer la conséquence qu'elles produisent des *maladies générales*, *totius substantiæ*. Dès l'instant que leur action est suivie d'un résultat morbide, ce résultat est local, parce qu'il existe toujours un point de l'organisme, variable chez les divers individus, plus irritable que tous les autres, et qui devient l'aboutissant de toutes les impressions. Et d'ailleurs, si ces causes font sentir leur influence à tous les organes, leur action est cependant plus forte sur certains, parce qu'elle y est immédiate : l'excès et le défaut de calorique, par exemple, impressionnent surtout la peau; l'air, les voies respiratoires ; l'électricité, le système nerveux, etc. Il n'existe donc pas de causes générales de maladies, dans le sens qu'on a toujours attaché à cette expression, et l'on doit se borner à dire que les modificateurs généraux de l'économie deviennent très-souvent des cause morbifiques, mais qu'ils produisent des maladies tout aussi locales que celles qui résultent des autres agens.

Le point de vue sous lequel il importe surtout d'étudier les causes des maladies, c'est celui des modifications qu'elles in-

troduisent dans l'organisation des tissus. En considérant leur immense variété, on s'attend à les voir produire des effets variables à l'infini; mais on est bientôt détrompé, en remarquant que la plupart ont un seul et unique résultat, celui d'augmenter l'action vitale des tissus, c'est-à-dire d'y déterminer l'accroissement de la sensibilité (*dolor*) et un appel plus considérable des fluides (*fluxus*). En effet, à quelques rares exceptions près, que l'on fasse agir une cause quelconque sur un tissu, assez fortement pour obtenir un résultat appréciable, et bientôt, au point de contact ou dans un point de sympathie, on voit d'abord l'*irritabilité* s'accroître, puis ensuite la douleur se manifester, et les liquides affluer de toutes parts. On nomme *irritantes*, ainsi que nous l'avons déjà dit, les causes dont telle est la manière d'agir : si l'effet a lieu au point de contact, on les appelle *irritantes directes*, et s'il se passe dans un point éloigné, *irritantes indirectes*. Ces dernières, parmi lesquelles nous citerons le froid, diminuent, il est vrai, l'action vitale des parties qu'elles touchent; mais comme, en vertu d'une loi de l'économie, cette action ne peut diminuer dans un tissu sans augmenter proportionnellement dans d'autres, ces causes *sédatives*, *asthéniques* dans la réalité, pour les parties auxquelles on les applique, deviennent *irritantes* pour d'autres parties; quelquefois même elles irritent localement : c'est ce qui a lieu lorsque leur application est passagère, parce qu'alors une vive réaction en est la suite, et peut s'élever jusqu'à l'état morbide.

Quelles sont donc les causes qu'on peut appeler avec quelque fondement *asthéniques*? Il n'en existe qu'un petit nombre qui méritent réellement ce nom; presque toutes celles auxquelles on l'a donné sont négatives, c'est-à-dire qu'elles consistent dans l'*absence* des stimulans nécessaires à l'entretien de la vie ou dans la *soustraction* des matériaux de l'économie ; exemple : la privation des alimens, celle de l'air, de la lumière, de la chaleur, les saignées abondantes et tous les écoulemens trop

copieux. Et faisons remarquer encore, que l'absence de ces stimulans est souvent même une cause irritante; tel est le défaut d'alimentation, qui finit toujours par accroître l'irritabilité et par produire de la douleur et un appel de fluides dans la membrane muqueuse des voies digestives. Ajoutons à cela que, si ces causes abaissent en effet l'action vitale des tissus au-dessous du degré normal, il n'y a cependant pas encore, dans le plus grand nombre des cas, maladie produite, et il suffit ordinairement de rendre à l'économie le stimulant dont elle a été privée, pour que les actes de la vie reprennent bientôt toute leur activité. Ce n'est qu'à la longue, en général, qu'elles mettent un organe dans l'impuissance absolue de remplir sa fonction, ou qu'elles jettent les individus dans un état d'épuisement et de langueur dont la mort peut être la suite. Enfin, on peut aussi contester la qualification de *causes asthéniques* à ces substances délétères qui tuent instantanément; car, dans la réalité, leur vrai mode d'action n'est pas connu, et il paraît même que, données à petites doses, elles sont encore irritantes. Cependant nous conserverons le nom d'*asthéniques* à toutes les causes énumérées dans ce paragraphe, leur action se trouvant suffisamment expliquée par tout ce qui précède, pour écarter les fausses conséquences que l'on pourrait tirer de cette dénomination.

Nous ne nous arrêterons pas sur le mode d'action des causes *chimiques* et *mécaniques*. Lorsqu'elles agissent faiblement, elles sont seulement irritantes; mais quand leur action est forte, les changemens qu'elles opèrent dans les tissus varient avec elles : ainsi, elles brûlent, divisent, rompent, distendent, contondent, etc. Cette variété d'effets ne permet pas de les embrasser dans les mêmes considérations générales.

Il existe, avons-nous dit, un certain nombre de causes irritantes, inconnues dans leur essence, dont le caractère est de toujours produire chacune la même maladie, et de n'en jamais faire naître d'autres. Nous avons dit aussi qu'on les nommait

spécifiques, en raison de cette dernière particularité. Ainsi, la cause inconnue de la petite-vérole, par exemple, produit toujours cette maladie, et n'en peut pas développer une autre; elle est donc spécifique dans la véritable acception de ce mot; c'est un fait que rien ne peut détruire. Il en est de même de chacune des causes de la vaccine, la rougeole, la scarlatine. Mais s'ensuit-il, comme le veulent quelques médecins, que la nature de ces maladies doive avoir quelque chose de particulier, de spécial, de propre à chacune d'elles? Non, sans doute, et le raisonnement conduisît-il à cette conséquence, il n'en faudrait pas moins la rejeter puisque les faits la démentent. Mais la théorie et les faits sont d'accord. En effet, qu'est-ce qui décide la nature des maladies? La nature des causes, évidemment. Or celles qui nous occupent sont irritantes, donc les maladies qu'elles occasionent ne peuvent différer de nature avec aucune de celles qui naissent sous l'influence de toutes les autres causes du même ordre, et c'est ce que l'observation confirme. Quant à leur propriété de ne produire chacune qu'une seule affection et toujours la même, elle ne fait qu'imprimer la forme à la maladie : c'est elle qui fait que la petite-vérole ne ressemble pas à la rougeole, mais elle n'influe en rien sur la nature des affections, qui est essentiellement la même. Nous verrons que dans toutes elle consiste dans l'irritation.

Les causes prédisposantes ne bornent pas toujours leur effet à préparer les maladies, et de même, les causes occasionelles restent quelquefois sans action. C'est que les effets des unes et des autres sont subordonnés à une foule de conditions qui les modifient, et parfois les rendent nuls. Les deux principales de ces conditions sont, le temps pendant lequel ces mêmes causes agissent, et le degré d'irritabilité des individus. Ainsi, une cause prédisposante qui agit pendant long-temps d'une manière continue, ou pendant peu de temps sur un sujet très-irritable, devient occasionelle et produit la maladie; au contraire, une cause occasionelle passagère, ou qui agit sur un

individu d'une irritabilité obtuse, reste souvent sans résultat morbide : rien n'est donc moins tranché que la distinction établie entre ces deux ordres de causes. Quelques-unes des causes prédisposantes existent dans l'organisation même des individus, qui les rend plus aptes à contracter telle maladie que telle autre. On appelle *prédisposition* cette condition d'organisation; elle varie dans les individus, puisque, placés dans des circonstances exactement les mêmes, ils ne contractent pas tous la même maladie. Elle consiste presque toujours dans la prédominance ou l'irritabilité plus grande d'un système organique, d'un organe ou d'un tissu; mais souvent elle est inconnue dans son essence.

Des symptômes des maladies.

Les symptômes, ces cris de douleur des organes souffrans, suivant l'expression énergique de M. Broussais, sont tous les phénomènes insolites appréciables qui se manifestent dans la texture, la forme, les rapports et l'action des tissus et des organes. On nomme *locaux* ceux qui se manifestent dans le lieu même qu'occupe l'organe malade, et *sympathiques* ceux qui, appartenant à d'autres tissus que celui où siége la maladie, dépendent cependant de sa souffrance communiquée aux autres parties par le cerveau, le cordon rachidien, et par le trisplanchnique. Enfin, on désigne par l'épithète de *généraux* certains symptômes qui se manifestent en même temps dans une grande étendue de l'économie, et se représentent dans une foule d'affections différentes. On a bien établi quelques autres divisions parmi les symptômes des maladies, mais les trois espèces que nous venons d'établir sont les seules qu'il importe d'étudier.

Dans toute maladie, les symptômes locaux sont en général les plus importans : ce sont eux qui fournissent et le plus de lumière au diagnostic et les principales indications thérapeutiques. Cela devait être, puisque ce sont eux qui émanent le plus directement de l'organe malade. Mais il n'est pas toujours

facile de les distinguer des phénomènes sympathiques, parce que l'idiosyncrasie des malades en modifie toujours plus ou moins l'expression, et que dans la même maladie, au même degré d'intensité, ils sont très-prononcés chez tel individu, peu marqués chez un autre, et manquent totalement sur un troisième. En général cependant, au milieu de la douleur de plusieurs organes et du trouble de plusieurs fonctions, les symptômes locaux sont où se fait sentir la douleur la plus vive, et surtout dans le lieu où l'on remarque le trouble fonctionnel le plus grave et le plus complet. Mais ici les préceptes sont d'un faible secours; c'est la sagacité du médecin, la lecture des bonnes descriptions des maladies, et par-dessus tout, l'habitude de voir des malades, qui doivent suppléer à leur insuffisance.

Distinguer les symptômes locaux dans une maladie, c'est en même temps et nécessairement reconnaître ceux qui sont sympathiques; tout ce que nous venons de dire des premiers est donc applicable aux seconds. Cependant, chaque tissu un peu important a quelques symptômes sympathiques particuliers que la physiologie pathologique apprend à connaître, et très-souvent c'est à l'aide de ceux-ci qu'on remonte à la connaissance des phénomènes locaux. Au reste, ils s'éclairent mutuellement, et l'on peut poser en principe que le diagnostic d'une maladie est d'autant plus facile, qu'il existe des rapports plus naturels et plus étroits entre les deux ordres de symptômes qu'elle provoque, et qu'ils s'expliquent mieux les uns par les autres.

En général, les médecins ne sont pas assez pénétrés de l'idée, que tous les phénomènes sympathiques indiquent la souffrance bien réelle de chacun des organes auxquels ils correspondent. Sans doute ils sont sous la dépendance de la lésion primitive, sans doute il suffit ordinairement de diminuer et détruire celle-ci, pour les voir s'affaiblir et disparaître; mais combien de fois aussi ne voit-on pas l'un d'eux prendre tout à coup une intensité remarquable, dominer tous les autres, et devenir le signal de l'apparition de nouveaux phénomènes morbides!

D'où vient donc l'accroissement d'intensité de ce symptôme? Nul doute qu'il ne soit l'effet de l'altération croissante du tissu dont il exprime la souffrance. Ne suit-il pas toutes les phases du développement de cette altération, et si l'individu succombe, celle-ci ne se montre-t-elle pas tout aussi matérielle que celle qui l'a d'abord provoquée? Pourquoi ne voudrait-on pas admettre dès lors que cette altération existe dès le début, lorsque le symptôme, qui n'en est que l'ombre, existe. Supposez-la légère autant que vous le voudrez, dites qu'elle est inappréciable aux sens, mais gardez-vous de la nier, cela serait absurde. Existe-t-il d'ailleurs la plus légère différence entre deux douleurs de tête, par exemple, d'égale intensité, dont l'une est idiopathique, et l'autre sympathique? Non sans doute. Pourquoi voudrait-on donc que l'une dépendît d'une altération du tissu de l'arachnoïde ou du cerveau, et que l'autre existât sans cette lésion? Ne voit-on pas que cela implique contradiction?

Les symptômes généraux, c'est-à-dire ceux qui se montrent dans un grand nombre d'affections, et ne sont propres à aucune en particulier, sont en petit nombre. Nous ne connaissons que l'accélération du pouls, l'augmentation de la chaleur, le frisson, et la diminution des forces musculaires, qui soient dans ce cas : leur intensité est en raison de la gravité des maladies. Cependant cette règle n'est pas sans exceptions. Comme ces phénomènes sont également sympathiques, il en sera question plus en détail à l'article des sympathies.

De la marche des maladies.

L'ordre dans lequel naissent et s'enchaînent les symptômes constitue ce qu'on appelle la marche des maladies. On dit que la marche d'une maladie est *continue*, lorsqu'il n'y a pas d'interruption dans les symptômes depuis le début jusqu'à la fin; *intermittente*, lorsque les symptômes se montrent et disparaissent par intervalles plus ou moins réguliers; *rémit-*

tente, lorsque, sans disparaître complètement, ils diminuent d'intensité de temps à autre d'une manière notable; *aiguë*, quand ils s'aggravent ou disparaissent avec rapidité; *chronique*, quand ils se développent avec lenteur, et que la maladie met un certain temps à se terminer d'une manière quelconque.

La marche continue est celle qu'affectent le plus ordinairement les maladies; mais elle est rarement si absolue qu'il n'y ait quelques alternatives de diminution ou d'augmentation dans les symptômes. On remarque qu'en général, dans la plupart des maladies continues, il survient le soir des *redoublemens*, *exacerbations*, ou *paroxysmes*, qui se prolongent jusqu'au lendemain, et que pendant le jour les accidens sont moindres. Les symptômes des maladies continues ne conservent pas non plus constamment le même degré d'intensité pendant toute la durée: assez souvent, ils augmentent au début pendant un certain laps de temps, puis ils restent stationnaires pendant un temps à peu près égal à celui de leur accroissement, et ensuite ils décroissent avec plus ou moins de rapidité. On a nommé *périodes* ces phases successives du développement des maladies. La première a reçu le nom de *période d'augment*, *progrès* (*incrementum*); la seconde, celui de *violence*, *période d'état* (*status*), et la troisième, celui de *déclin* (*decrementum*). Mais ces périodes ne se montrent pas dans toutes les maladies; quelquefois les symptômes offrent toute leur intensité dès le début; d'autres fois ils augmentent rapidement et diminuent immédiatement après qu'ils ont atteint leur *summum* d'intensité, sans période d'*état* intermédiaire; lorsque la maladie se termine par la mort, ou subitement par une sueur ou une hémorrhagie abondante, il n'y a évidemment pas de période de *déclin*; enfin, le traitement, suivant qu'il est bien ou mal dirigé, abrège, prolonge, fait naître, ou retranche les unes ou les autres de ces périodes. Est-il besoin d'ajouter que, lorsqu'elles existent, le passage de l'une à l'autre est toujours insensible? Le diagnostic des maladies continues est beaucoup plus

facile que celui des intermittentes, mais en général le traitement de celles-ci est bien plus fréquemment couronné par le succès.

L'*intermittence* ou *périodicité* des maladies est un phénomène dont l'explication a toujours beaucoup occupé les médecins; nous essaierons de l'expliquer lorsque nous nous occuperons de la seule classe de maladies dans lesquelles on l'observe. Chaque réapparition des symptômes porte le nom d'*accès* ou d'*attaque*. Cette dernière dénomination ne s'applique ordinairement qu'à un petit nombre de maladies. Chaque accès commence en général par un *frisson* auquel succède la *chaleur*, et se termine par la *sueur;* mais il n'est pas sans exemple de voir manquer un ou deux de ces phénomènes. L'*attaque* n'offre jamais le premier. On nomme *apyrexie*, ou *intermission*, l'intervalle qui sépare les accès; il est plus ou moins long et constitue le *type* de la maladie. Si l'accès reparaît une fois toutes les vingt-quatre heures, la maladie est appelée *quotidienne;* s'il se reproduit après deux jours d'apyrexie, on la nomme *tierce;* enfin, s'il se montre après trois, quatre, cinq jours de calme, elle prend les noms de *quarte*, *quintane*, *sextane*. Ces deux derniers types sont très-rares. Quelquefois il reparaît deux accès par jour; ou deux le même jour tous les deux jours; ou deux le même jour tous les trois jours; cela constitue les types *double quotidien*, *tierce doublé*, et *quarte doublé*. Il arrive parfois, dit-on, qu'il y a un accès tous les jours, et qu'ils se correspondent tous les deux jours de telle sorte que le troisième est semblable au premier, le quatrième au second, et ainsi de suite, c'est là le type *double tierce;* et si cette correspondance a lieu de trois en trois jours, de manière que le quatrième accès ressemble au premier, le cinquième au second, et le sixième au troisième, c'est le type *triple quarte*. Dans quelques cas, assure-t-on, il y a deux accès le premier jour et un seul le second, deux le troisième et un seul le quatrième, et ainsi de suite; la maladie est alors *triple tierce* ou *hémitritée*. Enfin, le type *double quarte* con-

siste dans un accès deux jours de suite, suivi d'une apyrexie complète le troisième jour, etc. On a nommé *erratique* ou *atypique* la maladie dont les accès reviennent à des intervalles irréguliers. La plupart de ces types ont été imaginés dans le cabinet; aussi les dénominations qui les rappellent sont-elles tombées dans un juste oubli, ce qui ne serait certainement pas arrivé si l'observation eût offert les faits qu'elles sont censées exprimer. Celles de *quotidienne*, *tierce*, *quarte*, *quintane* et *sextane* sont à peu près les seules dont on se serve aujourd'hui, parce que ce sont les seuls types intermittens qui existent réellement.

La marche rémittente tient le milieu entre l'intermittence et la continuité. Une maladie de ce type est tantôt une affection continue avec de forts redoublemens, et tantôt une affection intermittente dont les accès ne sont pas séparés par une apyrexie complète.

Lorsque les maladies parcourent rapidement leurs périodes et qu'elles développent beaucoup de symptômes sympathiques, on les appelle *aiguës*. L'invasion de ces maladies est presque toujours annoncée par le *frisson*; ce sont elles aussi qui offrent ordinairement les trois périodes d'*augment*, d'*état* et de *déclin*. Quand elles sont en même temps continues, elles épuisent assez promptement les malades, et sont en général plus graves que lorsqu'elles sont intermittentes, l'acuité restant la même. Si elles se terminent d'une manière presque subite, sans décroissement graduel des symptômes, une *sueur* abondante a presque toujours lieu; de sorte qu'elles commencent et finissent comme chaque accès de maladie intermittente.

Enfin, la marche des maladies est appelée *chronique* quand elles se développent et se terminent lentement, et qu'elles ne provoquent qu'un très-petit nombre de symptômes. Elles sont souvent la suite des maladies aiguës. Lorsqu'elles sont primitives, c'est au peu d'énergie des causes productrices, ou au défaut d'irritabilité des individus ou des organes, et souvent à ces deux causes réunies, qu'elles doivent leur caractère de lenteur et de peu d'intensité. Le diagnostic en est souvent difficile.

Quelques maladies se manifestent par une série de symptômes, toujours les mêmes, et qui se succèdent toujours dans le même ordre, sans que rien puisse y introduire un changement important; telle est la petite-vérole, par exemple. On a dit que la marche de ces maladies était nécessaire, et en cela on n'a fait qu'exprimer un fait; mais, ne faisant pas attention que les faits de cette espèce sont les moins nombreux, on en avait tiré la conséquence que la marche de toutes les maladies était nécessaire. Il suffit sans doute de signaler cette erreur pour en faire justice. On sait aujourd'hui que la marche de la très-grande majorité des maladies peut être arrêtée dans toutes ses périodes, et il n'est peut-être pas de médecin qui ne fasse tous ses efforts pour obtenir ce résultat dès le commencement de la plupart des maladies. On sait aussi qu'une foule de circonstances d'âge, de sexe, de tempérament, de saison, de climats, etc., modifient plus ou moins cette marche. Ainsi, les maladies de l'enfance sont en général plus rapides, celles de la vieillesse plus lentes; et il en est de même de celles des tempéramens sanguin et nerveux par rapport à celles du lymphatique, de celles des saisons sèches par rapport à celles des saisons humides; la grossesse ralentit la marche de la plupart des affections chroniques; les chaleurs de l'été suspendent les progrès des maladies de la poitrine, que l'hiver accélère au contraire; cette dernière saison, surtout lorsqu'elle est humide, augmente rapidement les hydropisies. Peut-on, quand on connaît ces faits, admettre une marche nécessaire dans les maladies? aucune de ces circonstances influe-t-elle d'une manière sensible sur le cours de la petite-vérole, de la rougeole, de la scarlatine?

Enfin, il est une circonstance qui influe beaucoup sur la marche des maladies, c'est leur *complication*. Nous ferons connaître plus tard quelles modifications elle y apporte; nous dirons seulement ici que, pour nous, une *maladie simple* est celle qui consiste dans l'altération d'un seul tissu, et une

maladie compliquée, celle dans laquelle plusieurs sont en même temps altérés.

De la durée des maladies.

La durée des maladies n'a rien de fixe. Il en est qui se terminent en quelques heures, quelques minutes, ou qui durent vingt-quatre heures : on les a nommées *éphémères ;* la plupart se prolongent pendant plusieurs jours ; enfin, quelques-unes durent plusieurs années. On a voulu établir la distinction des maladies en *aiguës* et *chroniques* sur leur durée, et l'on a fixé celle des premières de un à quarante jours, regardant comme chroniques toutes celles qui dépassaient ce terme. Mais cette base est fautive ; car, suivant les tissus, une maladie est souvent aiguë après quarante et cinquante jours, et chronique dès le vingtième ; nous avons dit d'ailleurs qu'une maladie pouvait débuter sous forme chronique.

Les mêmes maladies dont la marche est nécessaire ont aussi une durée fixe que rien ne peut abréger au-delà de certaines limites. On n'a pas manqué de prétendre que toutes les maladies étaient dans ce cas, et quelques médecins de nos jours soutiennent encore cette opinion ; tant est grand le penchant de certains hommes à généraliser de préférence les exceptions. Ce que nous avons dit sur la marche prétendue nécessaire des maladies est ici entièrement applicable ; il en est de même des courtes remarques que nous avons présentées sur l'influence des âges, des sexes, des tempéramens, etc. : ces causes modifient la durée des maladies de la même manière que leur marche.

Des terminaisons des maladies.

Les terminaisons des maladies varient avec leur nature ; leur histoire appartient donc tout entière à la pathologie spéciale. Dirons-nous que les maladies se terminent par la guéri-

son complète ou incomplète, spontanée ou obtenue par l'art, subite ou lente, ou par la mort instantanée, rapide ou lente des malades? qu'apprendrions-nous à nos lecteurs? Mais, parmi les terminaisons des maladies, il en est deux qui sont communes à toutes, sur lesquelles nous devons arrêter notre attention; ce sont les *métastases* et les *crises*.

Il arrive quelquefois que le tissu primitivement affecté dans une maladie cesse tout-à-coup de l'être, et qu'un autre s'altère immédiatement. Quand la cause de cette sorte de déplacement d'une maladie par une autre, dans une partie éloignée, est bien évidente, lorsque surtout c'est le médecin qui la fait naître, on nomme le changement qui s'est opéré *révulsion;* lorsqu'au contraire la cause reste inaperçue, l'effet prend le nom de *métastase*. Mais le phénomène est le même dans les deux cas : ce qui le prouve, c'est que la métastase a toujours lieu sur l'organe le plus irrité, comme dans la révulsion, ou le plus irritable, ce qui n'est qu'une différence en moins. (Voyez *Révulsion.*) Comme celle-ci, en un mot, la métastase n'est donc autre chose que la diminution de l'action morbide ou de l'altération d'un tissu, lorsqu'elle augmente dans un autre. Cependant, dans quelques cas, il y a véritable transport, non pas de la maladie, ce qui est impossible puisque l'altération d'un tissu ne peut pas se transporter dans un autre, mais transport du produit de la maladie sur un organe éloigné. C'est ainsi qu'on a vu le pus d'un abcès être absorbé subitement, et transporté sur les intestins, la vessie, etc., et rendu par les selles, les urines. Ces faits sont rares, mais ils constituent de véritables métastases, dans la rigoureuse acception de ce mot. Comme les précédens, dépendent-ils d'une révulsion? Oui, dans quelques cas; mais non pas dans tous. Il est remarquable que les liquides ainsi résorbés sont presque toujours déposés sur une surface libre. N'obéissent-ils pas à cette loi, jusqu'ici méconnue, en vertu de laquelle toutes les substances non assimilables, acciden-

tellement introduites dans l'économie, sont dirigées vers les points par lesquels elles peuvent être rejetées au dehors, et principalement vers les voies digestives et urinaires, chargées, dans l'ordre naturel, de cette fonction éliminatrice? Nous le pensons.

C'est très-souvent encore un phénomène de révulsion que l'on a nommé *crise*. Nous n'en voulons d'autre preuve que l'embarras dans lequel sont souvent les médecins partisans de la doctrine consacrée par cette expression, pour distinguer les métastases des crises qu'ils appellent *fausses*; embarras tel, que les uns voient une métastase dans le même phénomène où les autres reconnaissent une crise. Mais les crises consistent plus fréquemment encore dans le rétablissement impétueux de sécrétions qui avaient été suspendues par la maladie, que dans un phénomène de révulsion. Ainsi, les sueurs et les urines abondantes qui surviennent quelquefois à la fin des maladies aiguës, bien loin d'être les causes de la guérison subite de celles-ci, en sont les effets. La peau était sèche, et l'urine rare, parce qu'un organe important s'opposait, par sa souffrance, à la libre excrétion des urines et des sueurs. Ces liquides sont tout-à-coup excrétés en grande abondance, parce que l'organe rentre subitement dans son état normal; et leur quantité, dans un temps donné, est proportionnelle à la plus ou moins grande rapidité avec laquelle l'organe malade passe à l'état de santé. Enfin, on a encore donné le nom de *crises* à un troisième ordre de phénomènes; c'est celui des hémorrhagies spontanées, après lesquelles la maladie disparaît. Mais chez les femmes, une partie des maladies sont guéries par le retour des menstrues; on n'a jamais appelé leur apparition, dans ces cas, une crise. C'est un fait analogue qui arrive quelquefois chez l'homme: car ces hémorrhagies, dites *critiques*, ne surviennent jamais que chez les individus qui, dans l'état de santé, les éprouvent naturellement et avec facilité. Il n'est pas question ici des hémorrhagies qui ont lieu par les surfaces malades.

Enfin, on ne peut nier, ce nous semble, que plusieurs maladies puissent se succéder, sans intervalle, chez un même individu, sans qu'il existe de liaison nécessaire entre ces affections successives. Cependant, un partisan des doctrines de la métastase et des crises ne manque pas d'appeler la première maladie l'*affection principale;* la seconde, une *métastase;* la troisième, une *fausse crise;* la quatrième, une *nouvelle métastase;* et la dernière, enfin, est toujours à ses yeux une *crise* heureuse ou funeste. Nous pourrions en citer des exemples. Et cependant sur quelles preuves s'appuie-t-on pour admettre de tels rapports entre des maladies qui n'en ont peut-être aucun? Qu'ajoutent à la connaissance des faits les mots *métastase* et *crise*, par lesquels on croit les exprimer? Quelles conséquences utiles en découle-t-il pour le traitement?

Il résulte de ce qui précède, que l'on a compris sous les dénominations citées, des phénomènes qui n'ont entre eux aucune analogie, et séparé des phénomènes de même ordre. Il faut donc renoncer à s'en servir, tant que le sens n'en sera pas mieux déterminé; c'est ce que nous ferons dans tout le cours de cet ouvrage. Nous ne parlons pas de la doctrine des jours critiques, aujourd'hui généralement abandonnée.

Du diagnostic des maladies.

Le diagnostic des maladies, ou l'art d'en connaître le siége et la nature, est sans contredit la partie la plus importante de la pathologie. C'est lui qui forme la base du traitement; et la bonté du choix des moyens thérapeutiques, l'assurance dans leur emploi, et la juste appréciation de leurs effets, dependent de son exactitude et de sa précision. Mais il est hérissé de difficultés, et le médecin qui ne joint pas à beaucoup de sagacité et à des connaissances anatomiques et physiologiques profondes, l'habitude et le talent d'observer les malades, n'aura jamais qu'un diagnostic incertain et souvent erroné. Il existe

bien quelques méthodes ou procédés pour le guider dans son investigation; mais ils ne peuvent suppléer qu'imparfaitement à l'absence de l'une des conditions que nous avons exigées de lui; jamais au manque de deux d'entre elles, et à plus forte raison de toutes les trois. Nous devons cependant faire connaître ces procédés.

Le premier, le plus simple, le plus communément employé, consiste à rapporter directement les symptômes que l'on observe, à la lésion de l'organe ou du tissu dont ils expriment la souffrance, en se guidant d'après la connaissance de leurs fonctions et de leurs propriétés. Ainsi, lorsqu'un malade se présente avec de la gène dans la respiration, de la toux, une douleur profonde, le son mat et un râle crépitant dans un des côtés du thorax, des crachats sanguinolens, etc., on prononce hardiment que la maladie de cet individu a son siége dans le poumon. S'il meurt, l'ouverture du cadavre confirme cette partie du diagnostic, et le complète en dévoilant la nature de la lésion, nature qu'il était au reste déjà facile de deviner par celle des symptômes. S'il survit, comme des symptômes identiques ne peuvent pas dépendre de lésions différentes, et que des ouvertures de cadavres faites dans des circonstances semblables ont appris que les symptômes cités accompagnent constamment telle lésion du poumon, le diagnostic a encore toute la certitude désirable. Presque toutes les maladies aiguës peuvent être diagnostiquées de la sorte.

La seconde méthode s'applique aux cas dans lesquels les symptômes, en raison de leur peu d'intensité, sont difficiles à interpréter; lorsque les différences sont inappréciables entre ceux qui émanent directement de l'organe malade et ceux qui ne sont que sympathiques; dans la plupart des maladies chroniques, en un mot. Elle consiste à interroger tous les organes les uns après les autres, jusqu'à ce que l'on arrive à celui qui donne la raison suffisante de tous les symptômes observés. A cet effet, on commence par examiner rapidement et superfi-

ciellement les parties contenues dans la tête, au cou, dans la poitrine, puis dans l'abdomen ; et dans cette première revue on s'attache à exclure, pour ne plus s'en occuper, tous les organes ou tissus sur l'intégrité desquels il n'est pas possible de conserver le moindre doute, et l'on note tous ceux qui donnent les plus légers soupçons de lésion. Ce premier travail achevé, on procède à un second examen, qui, bien entendu, ne roule plus que sur les tissus ou organes soupçonnés. On fait donc un nouveau choix parmi eux, ou, pour parler plus exactement, une seconde exclusion, qui porte sur ceux dont la souffrance n'est bien évidemment que sympathique, en réservant encore, pour les soumettre à un examen ultérieur plus approfondi, ceux qui laissent quelques doutes. Enfin, dans une troisième opération, on écarte successivement tous les tissus dont la lésion ne donne pas la raison suffisante de tous les symptômes observés, et l'on arrive ainsi au vrai siége du mal ; et si quelquefois on est encore embarrassé pour prononcer entre deux organes, il est plus que probable alors qu'il y a lésion simultanée de tous les deux, c'est-à-dire *complication*. Cette méthode, que l'on peut appeler d'exclusion, est encore applicable lorsqu'il s'agit de découvrir la véritable cause d'une série de symptômes extraordinaires, entraînant un danger pressant, et auxquels il importe d'appliquer promptement le remède. On lit dans les *Archives* (1) un exemple de son emploi par M. le docteur Rayer, digne de servir de modèle dans une circonstance analogue, et qui fait le plus grand honneur au savoir et à la sagacité de ce médecin. Nous y renvoyons nos lecteurs.

Enfin, il existe des cas plus obscurs encore dans lesquels cette seconde méthode d'investigation ne peut pas même être mise en pratique, à défaut de symptômes sur lesquels elle puisse opérer. Ainsi, un malade se présente ; il n'accuse qu'un malaise général, et l'examen le plus attentif ne fait rien découvrir qui puisse servir à déceler la cause de ce malaise. Cependant

(1) *Archives générales de médecine*, tom. V, pages 68 et suivantes.

cet état dure depuis quelque temps, le malade maigrit, ses forces s'épuisent, et ses jours seront incessamment compromis si l'on n'y porte remède. Certes, il importe beaucoup que le médecin sache où réside le mal qui consume cet individu ; car il n'y a pas de traitement rationnel possible sans cette connaissance, et le traitement empirique est trop chanceux et fait perdre un temps précieux en tâtonnemens. Comment donc parvenir à ce but? Le voici. D'abord, que l'on se demande ce qui s'oppose à ce que le siége de la maladie puisse être découvert? C'est, nous venons de le dire, l'obscurité des symptômes? Qu'y a-t-il donc à faire pour écarter cet obstacle? Il n'y a qu'un seul parti à prendre, c'est de faire en sorte que les symptômes se prononcent davantage. Or, pour cela, rien de mieux que d'administrer un excitant un peu énergique. Il arrive alors de trois choses l'une : ou bien le malade est soulagé; dans ce cas, il est vrai, l'incertitude n'est pas dissipée, mais on continue de le traiter empiriquement par cet excitant qui le soulage : ou bien il n'éprouve aucun changement, et alors on recommence en augmentant la dose du stimulant; ou bien, enfin, les symptômes se prononcent, l'organe affecté devient le plus ordinairement douloureux, et dès lors le but est atteint, le siége du mal est découvert : car, encore bien que la stimulation ne soit exercée que sur l'estomac, on sait qu'elle réveille plutôt la douleur d'une autre partie du corps, si cette partie est affectée, qu'elle n'excite celle de cet organe lui-même, s'il est sain. C'est ainsi que, chez les *goutteux*, les *phthisiques*, etc., l'ingestion d'une boisson spiritueuse détermine des douleurs dans les articulations, la poitrine, et laisse l'estomac indolent. Que si les symptômes rendus ainsi plus saillans n'indiquent que la lésion de cet organe, c'est qu'évidemment il est le siége de la maladie.

Tels sont les moyens d'investigation à l'aide desquels on découvre dans le plus grand nombre des cas le siége des maladies. L'ouverture des cadavres peut seule, à la rigueur, en

révéler la nature; mais comme il n'est presque pas de maladies sur lesquelles on ne possède un très-grand nombre de ces ouvertures, on a pu rattacher les symptômes de presque toutes aux altérations de tissu qui les provoquent, et l'on est arrivé à ce point de pouvoir dire : à tel groupe de symptômes correspond tel mode de lésion de tel tissu. De sorte que les méthodes de diagnostic que nous venons de tracer suffisent ordinairement pour dévoiler à la fois le siége et la nature des maladies. Aux yeux du médecin instruit, l'enveloppe du corps est pour ainsi dire transparente.

Du pronostic des maladies.

Il ne suffit pas de savoir diagnostiquer les maladies, il importe aussi d'en estimer à l'avance le degré de gravité et la durée probable, de pressentir tous les accidens qui peuvent venir les compliquer, et enfin d'en prévoir l'issue. Tout jugement porté d'avance par le médecin sur l'une de ces circonstances des maladies est appelé *pronostic*.

Le pronostic se compose d'un si grand nombre d'élémens, tant de circonstances qu'il n'est pas possible de prévoir peuvent venir le mettre en défaut, alors même qu'il paraît le plus certain, que les médecins le regardent avec raison comme la partie la plus difficile de l'art de guérir; et cependant c'est le point sur lequel les gens du monde se montrent le plus exigeans. Ils vous pardonnent une mort, si vous l'avez prévue; mais ils vous imputent à ignorance, même une guérison, si vous avez annoncé une terminaison funeste. Tous ces motifs doivent rendre très-circonspect dans le jugement que l'on porte sur une maladie, et l'on doit presque toujours le prononcer sous la forme du doute. Essayons cependant de poser quelques préceptes.

1° Une maladie est d'autant plus grave qu'elle occupe un organe plus important; qu'elle est plus aiguë, plus intense,

moins régulière dans sa marche et de plus longue durée ; qu'elle règne d'une manière épidémique ; qu'elle est transmissible par contagion ; qu'elle attaque un enfant, un vieillard, une femme enceinte, une constitution détériorée, un individu atteint déjà d'une maladie chronique, adonné à l'ivrognerie, aux excès vénériens, à la masturbation ; qu'elle survient chez un sujet qui a fait un long usage d'alimens de mauvaise qualité ; enfin qu'elle succède à des travaux excessifs de corps ou d'esprit, surtout pendant la nuit et en se privant de sommeil, ou à des chagrins prolongés, à la perte d'une place, de sa fortune, d'un être tendrement aimé.

2° Plus il existe des circonstances indiquées réunies dans une même maladie, et plus elle est dangereuse.

3° Toute maladie, au contraire, placée dans des circonstances opposées à celles ci-dessus, est sans gravité. Il existe seulement deux exceptions : 1° les maladies chroniques deviennent dangereuses par l'ancienneté, quelquefois elles le sont dès le début ; 2° les maladies intermittentes peuvent entraîner la mort dans quelques cas que nous ferons connaître.

4° On doit regarder comme des signes de favorable augure l'expression non altérée de la physionomie, l'espérance, la gaieté, la sécurité dans les maladies aiguës, le sommeil calme et dont on tire facilement le malade, la liberté de la respiration, une chaleur douce et halitueuse, et les hémorrhagies nasales, anales ou utérines.

5° Les signes suivans sont au contraire toujours graves : l'immobilité du malade ou une agitation extrême, l'amaigrissement rapide dans les affections chroniques, les sueurs nocturnes dans les maladies du poumon, l'altération profonde de la physionomie, l'infiltration des membres, les escharres gangréneuses de la peau, les convulsions partielles ou générales, le délire, surtout chez les adultes et les vieillards, et les sueurs abondantes, surtout lorsqu'elles sont froides.

6° L'agitation succédant à l'immobilité dans une affection

aiguë est un signe mortel, surtout si le malade se découvre et fait des efforts inutiles pour se lever (1). Il en est de même de l'altération subite et profonde de la physionomie, du trismus, du rire sardonique, de la carphologie, de l'aphonie et de la mussitation dans les maladies aiguës, de la cessation subite d'une douleur vive avec altération profonde des traits, du découragement, du désespoir, des pressentimens funestes, de l'exaltation des facultés intellectuelles succédant au délire, des défaillances et des syncopes spontanées, de l'appétit vorace survenant tout-à-coup dans le cours d'une maladie aiguë sans diminution des autres symptômes (ce signe annonce ordinairement la mort dans les vingt-quatre heures), du passage des liquides dans l'œsophage comme à travers un tube inerte, du hoquet, de l'intermittence et de l'insensibilité du pouls, du froid des parties externes, tandis que l'intérieur est brûlant, du non-effet des sinapismes et des vésicatoires, et enfin du décollement du derme dans les endroits où les sangsues ont été appliquées (2).

On a pendant long-temps attaché une grande importance à l'état des forces, comme base du pronostic. Sans négliger aujourd'hui de tenir compte de cette considération, on s'accorde généralement à la regarder comme très-secondaire. L'extrême faiblesse seulement est un signe défavorable, surtout lorsqu'elle est l'effet des maladies chroniques; car, dans les affections aiguës, elle existe souvent dès le début, et n'ajoute rien à la gravité du pronostic.

Aucun des signes que nous venons d'énumérer n'a de valeur absolue, et les plus graves sont quelquefois suivis de guérison, les plus favorables d'une issue funeste. Ce n'est que par leur comparaison avec les autres symptômes de la maladie, qu'il

(1) *Élémens de Pathologie générale*, par Chomel. Paris, 1816; in-8°, page 427.

(2) Chomel, *ouvrage cité*, page 247.

est permis d'en tirer des conséquences. Nous verrons, en traitant de chaque maladie, quel en est le pronostic particulier.

Du traitement des maladies.

Le traitement des maladies repose principalement sur la connaissance de leur siége et de leur nature, mais il reçoit souvent d'importantes modifications de la considération de leurs causes, marche, durée, etc. Ce ne sera toutefois que lorsque la nature des maladies nous sera connue, que nous pourrons en exposer la thérapeutique. Les deux seuls préceptes dont nous puissions parler ici sont les suivants : 1° dans toute maladie, la première chose à faire est d'écarter les causes qui l'ont produite ou l'entretiennent: 2° dans la plupart des maladies, il faut condamner l'organe malade au repos.

Il est de la plus haute importance d'écarter, lorsqu'il est possible, la cause qui a produit une maladie. Ce précepte de thérapeutique ne souffre pas d'exceptions, et son omission compromet toujours le succès. En vain on combat une maladie par les moyens les plus rationnels et les plus puissans, si l'agent qui l'a fait naître vient la ranimer sans cesse, on ne parviendra presque jamais à la faire cesser, ou, si l'on en obtient la disparition, elle est momentanée et promptement suivie de rechute. Ainsi, il faut éloigner des lieux marécageux l'homme atteint d'une affection intermittente rebelle ; sortir des foyers d'épidémie les individus qui en sont frappés ; faire changer d'état celui dont la maladie est entretenue par cette cause ; arracher à ses habitudes l'individu qui leur doit la persévérance de son mal ; préserver du chaud, du froid, de la sécheresse, de l'humidité, si la maladie est l'effet d'une de ces causes ; écarter toutes les affections morales vives dans les affections qui en dépendent ; extraire les corps étrangers ou favoriser leur expulsion ; rétablir les rapports des parties divisées, déplacées, etc., etc. Souvent même il suffit d'écarter la cause

pour faire cesser immédiatement la maladie ; c'est surtout lorsque cette cause demeure sur la partie qu'elle affecte (*sublatâ causâ tollitur effectus*). Mais plus souvent encore la cause qui a produit la maladie n'agit plus lorsque le médecin est appelé à donner ses soins. Son rôle se borne alors à placer le malade dans les conditions hygiéniques les plus favorables, à l'abri des influences atmosphériques et des émotions vives.

Le précepte de condamner l'organe malade au repos n'est pas moins important que le précédent, et son oubli est suivi des mêmes inconvéniens. Il souffre toutefois quelques exceptions ; c'est ainsi que l'on exerce une articulation frappée d'un commencement d'ankylose, un cerveau menacé d'imbécillité, l'œil qui devient insensible à la lumière, l'oreille qui perçoit difficilement les sons. Mais, dans l'immense majorité des maladies, il est d'une application indispensable, et en général on interdit toute méditation à l'homme dont le cerveau est malade ; on empêche de voir celui qui a les yeux affectés ; on écarte le bruit dans les maladies de l'oreille, on prescrit le silence dans celles du larynx et des poumons ; on ordonne la diète lorsque les voies digestives sont dans un état de souffrance ; on place dans une immobilité absolue les membres fracturés, etc., etc.

Les fonctions du médecin ne cessent pas avec la maladie : il lui reste encore à ramener les malades au degré de force et de santé qui leur est naturel, c'est-à-dire à diriger leur *convalescence*. Rendre les alimens par gradation, en choisir la nature, réparer les forces, stimuler les organes *asthéniés*, calmer ceux qui sont trop excités, rétablir les sécrétions et les excrétions dans l'état physiologique, et placer les malades dans les conditions hygiéniques les plus favorables ; telles sont les indications à remplir pour consolider la guérison (1).

(1) *Voyez*, pour de plus grands détails sur la convalescence, l'ouvrage de M. Goupil, intitulé : *Exposition des principes de la nouvelle doctrine médicale*. Paris, 1824 : 1 vol. in-8°.

Nature des maladies.

Sans la connaissance de la nature des maladies il n'y a pas de traitement rationnel possible ; aussi les médecins de toutes les époques et de toutes les sectes, les empiriques exceptés, ont-ils toujours attaché une grande importance à la découvrir. Mais au lieu de la demander à l'observation des faits, à leur investigation, et aux expériences, dont les réponses sont trop lentes au gré de l'impatience de savoir, si naturelle à l'esprit humain, on a toujours voulu la deviner. Humoristes, solidistes, mécaniciens, chimiâtres, vitalistes, pour ne citer que ceux-là, tous ont quitté le sentier étroit de la vérité pour la voie large de l'erreur, et c'est par des hypothèses, enfans de leur imagination, qu'ils ont prétendu dévoiler le mystère de la nature des infirmités humaines. Les uns ont imaginé des *humeurs*, des *âcres*, des *venins*, etc., qu'ils ont viciés et fait voyager à leur gré pour porter le désordre dans l'économie ; les autres ont inventé une *fibre*, qu'ils ont ensuite supposée *lâche*, *tendue*, *sèche*, *humide*, et devenant ainsi la source de toutes les maladies; ceux-ci prétendaient expliquer les dérangemens de nos fonctions par des *pressions*, des *oscillations*, des *vibrations*, etc. ; ceux-là par des *levains*, des *acides*, des *alcalis*, etc. ; enfin, les derniers, par l'*accroissement*, la *diminution* et la *perversion* de propriétés vitales sur le nombre et la nature desquelles ils n'étaient pas même d'accord. Ramenés dans la bonne route par l'exemple même de ces écarts, les médecins de l'époque actuelle ont enfin compris que c'était dans les désordres matériels de l'organisation qu'il fallait chercher avant tout les causes prochaines des maladies.

La nature des maladies consiste en effet, ainsi que nous l'avions déjà dit, dans les diverses altérations des tissus ou des fluides; c'est donc en grande partie à l'anatomie pathologique à nous la révéler. Mais il est des principes que l'on ne doit jamais perdre

de vue en se livrant à l'étude de cette partie fondamentale de la science des maladies; nous allons les exposer.

Et d'abord, il ne faut pas créer autant de maladies que l'on observe d'altérations différentes dans les divers tissus. Toutes les lésions d'un même organe ou d'un même tissu, qu'aucun symptôme ne peut faire distinguer entre elles pendant la vie, quelles que soient d'ailleurs les différences physiques ou chimiques qui les séparent après la mort, doivent être considérées comme une même maladie. En agir autrement, serait s'exposer à multiplier sans nombre et sans utilité les maladies, et surtout à faire des affections différentes de plusieurs degrés de la même. On sait en effet qu'un même tissu atteint de la même maladie, offre des altérations tout-à-fait différentes, suivant que celle-ci a été aiguë ou chronique, plus ou moins intense, plus ou moins rapide, et que la mort est survenue à une époque plus ou moins avancée de son cours.

De ce premier précepte découle le suivant : on doit étudier avec soin l'ordre de succession naturelle des altérations diverses, par lesquelles chaque tissu en particulier, dans chaque affection dont il est susceptible, passe nécessairement avant de se montrer tel que nous l'offrent les cadavres. Ainsi, un tissu qui commence par être rouge, injecté et ramolli, peut finir par devenir blanc, sans traces de vaisseaux sanguins ni d'organisation, et de consistance lardacée ou même osseuse. Il importe de connaître les changemens intermédiaires qu'il a éprouvés.

En troisième lieu, il est indispensable de remonter aux changemens d'organisation qui précèdent constamment tous les autres : ce sont les principaux, les premiers à bien étudier; ils sont, pour ainsi dire, aux autres altérations, ce que les élémens sont aux corps composés, ou plutôt ce que des faits simples et primitifs sont à des faits composés et secondaires; ils doivent par conséquent servir de bases aux théories.

Enfin, on doit toujours rapprocher ces lésions des symptômes

auxquels elles correspondent ; ces deux ordres de faits s'éclairent nécessairement l'un par l'autre.

Ces préceptes sans cesse présens à l'esprit, on peut se livrer avec succès aux recherches anatomico-pathologiques. Voici les altérations que l'on rencontre dans les divers tissus :

1° Rougeur, injection, gonflement et perte de cohésion des tissus. C'est la plus fréquente de toutes les altérations ; elle est la cause d'une grande partie des changemens d'organisation que l'on observe dans les tissus : on la nomme *inflammation*.

2° Indurations rouges, boutons, végétations, fongus, polypes, fausses membranes, kystes, corps vivans développés au sein des organes.

3° Vésicules, pustules, suppuration, érosion, ulcération, perforation, gangrène.

4° Épaississemens, granulations, opacité des tissus naturellement transparens, adhérences, épanchemens de sérosité.

5° Conversion d'un tissu en un autre, tels que le cartilagineux, l'osseux, le fibreux, le muqueux, le dermoïde, le séreux, le cellulaire, et le tissu érectile.

6° Induration blanche, dégénérescence gélatiniforme, tubercules, matière encéphaloïde, matière cancéreuse, mélanose, cyrrhose.

7° Rétrécissement, dilatation et oblitération complète de canaux naturels.

8° Canaux accidentels, fistules.

9° Épanchemens de sang, collection de ce liquide ; mais il y a le plus ordinairement effusion de ce liquide au dehors, pendant la vie.

10° Productions crétacées, pierreuses, pileuses, cornées.

11° Changemens de forme et de rapports : comme plaies, ulcères, distensions, déchirures, ruptures, fractures, déplacemens.

12° Corps étrangers.

13° Vices de conformation.

14° On ne connaît pas encore les altérations dont les liquides sont susceptibles ; on conteste même qu'ils puissent être altérés primitivement, et l'on croit que leur altération est toujours consécutive à une modification préalable des organes chargés de leur préparation. Cependant il paraît que, dans le *scorbut*, la composition du sang est altérée *primitivement*. Dans quelques affections produites par certains miasmes ou inoculées, on pense qu'il en est encore ainsi. Peut-être le sang est-il altéré dans d'autres maladies ; mais jusqu'à ce jour on n'a pas pu parvenir à le démontrer d'une manière évidente ; et dans l'état actuel de la science, il est difficile de bien connaître le rôle que l'altération du sang joue dans la production des maladies. Tout ce qu'on sait, c'est qu'on l'a trouvé à l'ouverture des cadavres plus ou moins liquide, noir, verdâtre, décomposé, putréfié ; mais malheureusement les observateurs ont trop souvent négligé de tenir compte, dans l'appréciation de ces altérations, de l'état plus ou moins avancé de putréfaction du cadavre lui-même, de l'état électrique et de la température de l'atmosphere, etc. Souvent aussi ils se sont bornés à indiquer ces altérations d'une manière vague, enfin aucun d'eux n'a encore pu établir des rapports bien évidens entre des symptômes et ces altérations, de sorte que ces faits sont demeurés stériles (1). Cela ne nous empêchera pas de créer une classe de maladies pour les altérations des liquides, qui ne comprendra pour ainsi dire que celles du sang, et parmi elles, que le *scorbut*. Quand aux altérations des autres liquides, elles sont encore moins connues que celles du sang. A l'ouverture des cadavres, on a trouvé la bile, verte, jaune, noire, poisseuse, corrosive ; le mucus, blanc, jaune, verdâtre, purulent, pultacé, couenneux, membraneux ; la séro-

(1) Nous conseillons cependant la lecture du *Traité clinique et expérimental des Fièvres dites essentielles*, par M. *Bouillaud*. Cet ouvrage n'est pas assez connu ; il contient surtout des faits très-importans pour la solution de la question des altérations du sang.

sité, limpide, trouble, épaisse, inodore, fétide : mais toutes ces altérations sont sans valeur connue, la plupart dépendent d'une manière évidente de l'altération primitive des tissus, et il est probable qu'il en est de même de toutes. Nous reviendrons sur toutes ces questions quand nous nous occuperons plus spécialement de cette classe de maladies. Nous dirons cependant dès à présent, que dans la question de l'altération des fluides, on a toujours commis, de part et d'autre, une faute grave, en mettant les fluides sécrétés sur la même ligne que le sang. Ce liquide en effet peut incontestablement être altéré primitivement par les alimens, par l'absorption des poisons, des miasmes, des virus, par l'air humide et privé de lumière, etc., tandis que les fluides sécrétés ne peuvent être modifiés dans leur composition que consécutivement à l'altération du sang lui-même ou à un état morbide de leurs organes sécréteurs. Nous développerons plus tard cette idée.

Quelques maladies se transmettent d'individu à individu par le contact plus ou moins immédiat; on nomme ces maladies *contagieuses*. Il en est d'autres qui semblent inhérentes à certaines localités, et propres aux individus qui les habitent, bien qu'il ne soit pas sans exemple de les voir se développer dans d'autres lieux et sur d'autres hommes; on les appelle *endémiques*. Plusieurs peuvent, sous l'influence de causes dont l'action se fait sentir à un très-grand nombre d'individus en même temps, attaquer des populations entières de bourgs, de villages, de villes, de contrées; elles sont alors dites *épidémiques*. (On nomme *sporadiques* les maladies qui s'observent habituellement dans le sein d'une population). C'est à tort que l'on a prétendu que ces circonstances changeaient la nature des maladies; une *inflammation* ne cesse pas d'être une inflammation, pour être *contagieuse, endémique ou épidémique*; nous ferons connaître quelle est au juste l'influence qu'exercent ces circonstances sur la nature des maladies.

Classification des maladies.

Si la nature des altérations que nous venons d'énumérer sans ordre était incontestable pour toutes, si d'un autre côté on avait la certitude que l'on connaît toutes celles dont les divers tissus sont susceptibles ; en un mot, si la science de l'anatomie pathologique était plus avancée, la classification des maladies, d'après leur nature, pourrait enfin être établie sur des bases solides et inébranlables. Mais la nature de quelques-unes de ces altérations n'est pas parfaitement démontrée, et il existe des maladies ayant leurs symptômes propres, dans lesquelles l'altération des tissus n'est pas appréciable ; une classification parfaite des maladies n'est donc pas possible dans l'état actuel de la science. Cependant il ne nous sera pas difficile de mieux grouper les faits qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Les essais déjà tentés, les progrès récens de l'anatomie pathologique, et les découvertes importantes sur la nature des maladies faites dans ces dernières années, nous faciliteront cette tâche.

En prenant les premiers pour base unique de classification, les changemens matériels qui s'opèrent dans l'organisation des tissus ou dans la composition des fluides, il nous a été possible de classer, sans effort, et d'une manière simple et naturelle, toutes les maladies qui peuvent affecter l'homme. Afin qu'on puisse saisir et juger cette classification dans son ensemble, nous allons en présenter le tableau général.

TABLEAU GÉNÉRAL

DE

CLASSIFICATION DES MALADIES D'APRÈS LEUR NATURE.

ALTÉRATIONS DES SOLIDES.	Consistant dans un appel plus considérable que dans l'état normal, des fluides qui les parcourent naturellement, avec augmentation de l'irritabilité, ou....................................	IRRITATIONS............	Irritations inflammatoires ou inflammations. Irritations hémorrhagiques ou hémorrhagies. Irritations nerveuses ou névroses. Irritations sub-inflammatoires ou sub-inflammations. Irritations sécrétoires ou hyperdiacrisies. Irritations nutritives ou hypertrophies.
	Consistant dans l'abord moins considérable que dans l'état normal, des fluides qui les parcourent naturellement, et dans la diminution de l'irritabilité, ou....................................	ASTHÉNIES..............	Asthénies sanguines. Asthénies nerveuses. Asthénies sécrétoires Asthénies nutritives.
	Consistant dans la transformation des tissus en d'autres tissus normaux, ou....................................	TRANSFORMATIONS.......	Transformations graisseuses. Transformations cutanées. Transformations muqueuses. Transformations fibreuses. Transformations cartilagineuses. Transformations osseuses.
	Consistant dans un développement anormal de tissus plus ou moins analogues à ceux qui composent le corps humain, ou d'être vivans, soit à la surface, soit dans l'intérieur ou l'épaisseur des organes, ou.....	PRODUCTIONS MORBIDES.	Productions cornées. Végétations. Polypes. Fongus. Pseudo-membranes. Kystes. Entozoaires.
	Consistant, soit dans une modification de texture telle qu'il semble que l'organisation primitive a disparu et que les tissus paraissent convertis en tissus nouveaux sans analogues dans le corps humain, soit dans leur destruction rapide et spontanée, ou..................	DESORGANISATIONS.......	Tubercules. Mélanose. Cyrrhose. Squirrhe et cancer. Carcinôme. Pourriture d'hôpital.
	Consistant dans la mortification plus ou moins étendue d'un ou de plusieurs tissus, ou....................................	GANGRÈNES..............	Gangrène externe. Gangrène interne.
	Consistant dans l'interruption de leur continuité, ou..................	LÉSIONS DE CONTINUITÉ.	Contusions. Plaies. Brûlures. Gerçures. Ruptures. Fractures.
	Consistant dans des changemens de rapports entre les tissus ou les organes, ou....................................	LÉSIONS DE RAPPORTS...	Renversemens. Invaginations. Déviations. Hernies. Luxations.
	Consistant dans l'agrandissement anormal de cavités, d'ouvertures et de canaux naturels, ou....................................	DILATATIONS............	Dilatations simples. Tumeurs érectiles. Varices. Anévrysmes.
	Consistant dans l'obstruction plus ou moins complète de cavités, d'ouvertures, et de canaux naturels, ou....................................	OBSTRUCTIONS..........	Rétrécissemens. Occlusions.
	Consistant dans la formation d'ouvertures ou de conduits nouveaux, ou.	FISTULES...............	Fistules lacrymales. Fistules salivaires. Fistules biliaires. Fistules stercorales. Fistules urinaires. Fistules anomales
	Consistant dans des modifications congéniales ou acquises de l'organisation, produites soit par un arrêt de développement, soit par un développement excessif, soit par l'influence d'un état morbide, ou.	VICES DE CONFORMATION.	Divisions anormales Réunions anormales. Rétrécissemens et obstructions. Ouvertures anormales. Prolongemens anormaux. Déviations. Parties surnuméraires. Absence de parties.
	Dépendant de la présence de corps étrangers, introduits, placés accidentellement ou développés, soit dans l'épaisseur, soit à la surface des organes, ou....................................	CORPS ÉTRANGERS........	Corps étrangers dans la cavité du crâne. Corps étrangers dans les yeux et les voies lacrymales. Corps étrangers dans le conduit auditif. Corps étrangers dans les voies olfactives. Corps étrangers dans les voies respiratoires. Corps étrangers dans les voies digestives. Corps étrangers dans les voies urinaires. Corps étrangers dans les voies génitales et autour d'elles. Corps étrangers dans les articulations.
ALTÉRATIONS DES LIQUIDES.	Consistant en un changement dans leur nature ou leur composition, ou....................................	CACOCHYMIES...........	Altérations du sang. ....

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

PREMIÈRE CLASSE DE MALADIES.

ALTÉRATIONS DES TISSUS, CONSISTANT DANS UN APPEL PLUS CONSIDÉRABLE QUE DANS L'ÉTAT NORMAL, DES FLUIDES QUI LES PARCOURENT NATURELLEMENT, AVEC AUGMENTATION DE L'IRRITABILITÉ, OU IRRITATIONS.

DE L'IRRITATION EN GÉNÉRAL.

Les actes dont l'ensemble constitue la vie ne sont produits dans toute leur plénitude que sous deux conditions : la première est celle de l'intégrité des organes qui les exécutent, et la seconde, l'action des stimulans. Cette seconde condition en suppose une troisième, savoir, l'aptitude des organes à ressentir l'influence de ceux-ci ; on nomme cette aptitude *irritabilité*.

Outre cette propriété dont jouissent tous les tissus de ressentir plus ou moins vivement l'influence des stimulans, et peut-être en vertu de cette propriété, ils sont, dans l'état naturel, parcourus par des liquides et le siége d'actes ou de mouvemens de composition et de décomposition *communs à tous* et variables seulement en énergie dans chacun d'eux. Ces phénomènes sont les mêmes à la peau, dans le tissu cellullaire, dans un muscle, une membrane muqueuse, une séreuse, la substance cérébrale, etc. Dans tous, en effet, il y a également abord et départ continuel de molécules, combinaison et décombinaisons non interrompues; seulement, ces mouvemens

sont plus bornés ou plus considérables, plus rapides ou plus lents, suivant le degré de vitalité des tissus. C'est à cet ordre de phénomènes, à cette action moléculaire qui constitue la vie propre des tissus, que nous donnons le nom d'*action organique*. Il faut bien se donner de garde de confondre cet ordre de phénomènes avec les actes vitaux que l'on nomme *fonctions*, actes différens pour chaque tissu, et ne dépendant que d'une manière indirecte de l'action organique.

On ignorera long-temps encore en quoi consiste cette action, et, jusqu'à ce qu'on en ait pénétré les mystères, il faudra se contenter d'en partir comme d'un fait primordial dominant un grand nombre d'autres faits pathologiques. Quant on saura comment elle s'exerce, on découvrira bientôt comment elle se trouble et réciproquement, et l'on aura fait un pas immense dans la connaissance de la nature intime des maladies. Mais aujourd'hui, dans l'état actuel de la science, tout ce qu'il nous est possible d'en voir, d'en apprécier, d'en constater, c'est que dans certaines circonstances elle est augmentée, et que dans d'autres elle est diminuée. Nous voyons en effet des tissus dont l'irritabilité s'accroît sous l'influence de certains agens, et qui sont alors parcourus ou pénétrés par une plus grande quantité de fluides que dans l'état normal, et dans d'autres circonstances ce sont les phénomènes contraires que nous observons. Il est évident que dans le premier cas, tous les phénomènes appréciables de l'action organique sont accrus, et que dans le second ils sont diminués. La première de ces modifications matérielles est l'*irritation*, la seconde est l'*asthénie*.

L'irritation consiste donc dans l'augmentation de l'action organique des tissus. Cependant tant que cette augmentation de l'action organique ne dépasse pas certaines limites, elle est compatible avec là santé, et on la désigne de préférence sous les noms d'*excitation*, *d'orgasme*, et quelquefois sous celui d'*irritation physiologique* ou *normale*. Mais aussitôt que les liquides abordent dans un tissu en telle quantité, et que l'irri-

tabilité y est accrue à ce point, qu'il ne peut plus remplir librement la fonction qui lui est départie, l'*irritation morbide* commence. L'irritation morbide, ou tout simplement l'*irritation*, consiste donc dans l'*augmentation de l'action organique d'un tissu, au-delà des limites compatibles avec l'exercice libre de sa fonction*. Mais nous ferons observer que la transition de l'irritation physiologique à l'irritation morbide étant insensible, cette dernière peut exister déjà dans un tissu, sans que le trouble de la fonction soit bien appréciable.

L'irritation (1) est donc un fait primordial en pathologie, comme l'action organique est un fait primordial en physiologie. C'est le premier phénomène morbide que nos sens puissent bien apprécier dans un grand nombre de maladies; c'est le plus général, le plus fréquent de tous; on le retrouve dans la grande majorité des affections, soit comme cause, soit comme effet, soit comme complication : c'est donc par lui que toute étude pathologique doit commencer.

L'irritation se développe sous l'influence de la plupart des agens de la nature. Nous avons déjà vu que c'étaient précisément les agens nécessaires à l'entretien de la vie, tels que l'air, l'eau, la chaleur, la lumière, l'électricité et les alimens, qui étaient les causes les plus fréquentes des maladies en général. Ce sont aussi ces causes qui font naître le plus communément l'irritation; mais ce ne sont pas les seules. Toutes les actions physiques et chimiques peuvent aussi la produire; elle se développe fréquemment aussi sous l'influence des affections morales; enfin, on la voit naître assez souvent par l'effet de causes dont la nature est inconnue. Il est digne de remarque que, toutes choses égales d'ailleurs, les irritations qui se développent sous l'influence des agens physiques ou chimiques sont les moins graves et les moins difficiles à guérir; que celles qui sont produites par les causes ordinaires de maladie au milieu desquelles

(1) Chaque fois que nous emploierons le mot *irritation* seul, nous voudrons parler de l'irritation morbide.

l'homme est incessamment plongé, ont plus de gravité et sont plus rebelles que les premières aux moyens thérapeutiques, et que les troisièmes, celles qui sont provoquées par des affections morales, sont les plus dangereuses et les plus opiniâtres de toutes. Il est facile de se rendre compte de ces faits, en réfléchissant que les agens chimiques et physiques trouvent en général l'organisation parfaitement saine lorsqu'ils viennent à l'altérer, tandis que les autres causes l'ont presque toujours modifiée profondément, et long-temps à l'avance préparée en quelque sorte à l'irritation, lorsque par une dernière impression elles viennent y déterminer le développement d'un état morbide. Dans le plus grand nombre des maladies, en effet, on remarque qu'il n'existe pas un rapport bien évident entre l'action de ces causes et les effets qu'elles produisent; tous les jours, par exemple, on voit naître des pleurites, des pneumonites, etc., dont l'apparition n'est pas suffisamment expliquée par les causes qu'on présume les avoir produites, et dont même, dans certains cas, on cherche en vain à découvrir les causes efficientes. Quant aux irritations qui se développent sous l'influence de ces agens dont la nature est inconnue, tels que ceux de la variole, de la scarlatine, etc., elles n'offrent d'autre particularité que d'avoir une marche déterminée et toujours la même.

L'irritation naît, se développe, s'accroît, se transmet, décroît et se dissipe en obéissant aux mêmes lois qui président au développement régulier de l'action organique. Cela doit être, puisqu'elle n'en est que l'exagération. Ainsi l'action organique s'exerce sous l'influence des stimulans, et l'irritation naît sous leur action. La première s'harmonise dans tous les tissus par le moyen des sympathies, et la seconde s'étend et se transmet au loin par la même voie. L'action organique languit par l'absence des excitans et par l'influence des sédatifs, et l'irritation décroît et se dissipe dans les mêmes circonstances. Une exception apparente existe à ces lois pour l'action organique, et l'irritation la présente également; c'est ainsi

que par l'action de certains agens sédatifs tels que le froid, la première s'exalte au point de contact par réaction, ou dans un point éloigné par un effet sympathique, et il en est encore de même de l'irritation. Enfin, l'action organique varie en intensité dans les divers tissus, et si elle augmente dans l'un, elle diminue proportionnellement dans d'autres, et c'est aussi ce qui a lieu pour l'irritation. Au reste, pourrait-il en être autrement; n'est ce pas le même phénomène dans les deux cas, étudié seulement dans des degrés différens.

Mais ce n'est pas seulement par la voie des sympathies que l'irritation s'étend et se propage. Circonscrite en général dans un petit espace à son début, tantôt on la voit s'étendre en irradiant tout autour du point d'origine, tantôt elle se propage en se déplaçant ou en gagnant de proche en proche dans un seul sens; d'autres fois, enfin, elle traverse en quelque sorte l'épaisseur d'un tissu pour se communiquer à un autre qui lui est contigu. Ces trois modes de transmission, par *irradiation*, *continuité* et *contiguité*, s'observent fréquemment isolés, et très-fréquemment aussi se montrent réunis dans une même irritation. Mais un fait bien digne de remarque, c'est que *l'irritation se propage dans tous les conduits, en suivant presque toujours la direction des corps qui les parcourent naturellement.* Ainsi, l'irritation des veines ne fait en général de progrès qu'en se dirigeant vers le cœur; celle des artères se propage vers la périphérie; celle des voies digestives descend de l'estomac vers les intestins; celle des voies aériennes s'étend des fosses nasales aux larynx, de celui-ci à la trachée, puis aux bronches et aux vésicules bronchiques. Il existe sans doute des exceptions à cette loi, mais elles ne font que la confirmer; car il est remarquable, que lorsque l'irritation suit une progression contraire à celle que nous venons d'indiquer, elle est, toutes choses égales d'ailleurs, d'une bien plus grande gravité. Ainsi, par exemple, on sait que l'irritation qui remonte du colon aux intestins grêles et à l'estomac, est par cela même

plus dangereuse que celle qui suit la progression inverse, et que les coryzas fréquens qui surviennent souvent aux phthisiques sans cause connue, sont plus tenaces et plus douloureux que ceux qui précèdent le développement de la bronchite. Cela devait être, car tout phénomène morbide qui sort de la règle commune est déjà grave par cette seule circonstance.

L'irritation est toujours primitivement locale, jamais elle ne peut exister à la fois dans toutes les parties du corps. Mais elle peut occuper en même temps deux, trois et même un plus grand nombre d'organes. On remarque toujours alors que la souffrance de l'un de ces organes domine et masque celle des autres. *Duobus laboribus simul existentibus, vehementior obscurat alterum* (Hippocrate). Ce n'est que dans les cas où l'irritation est peu intense, que plusieurs travaux morbides paraissent pouvoir exister ensemble au même degré, et souvent même alors ils alternent de manière à dominer tour à tour pendant une durée indéterminée et même inégale pour chacun d'eux. Dans la règle, lorsque l'irritation dominante est terminée, l'irritation dominée se réveille et parcourt ses périodes; dans l'exception, au contraire, toutes les irritations existant simultanément marchent et arrivent ensemble à la terminaison. Dans aucun cas il n'existe de maladies générales.

L'irritation trouble, dérange, affaiblit la fonction du tissu qu'elle occupe. Il semble au premier abord, que l'action organique d'un tissu étant augmentée, sa fonction devrait s'exercer avec plus d'énergie. Mais il est facile de prouver que l'action organique des tissus n'a qu'une action éloignée sur l'exercice de leurs fonctions. Si l'estomac digère, par exemple, ce n'est pas parce que du sang et du fluide nerveux le pénètrent et en partent sans cesse, et parce que les molécules qui le composent se combinent et se disgrègent tour à tour, car les mêmes phénomènes se passent dans le poumon, le foie, les reins, etc., et ces organes ne digèrent pas, ils ont chacun une fonction particulière; et en outre, ces phénomènes ne se sus-

pendant jamais, la fonction devrait être continue, ce qui n'est pas. L'estomac digère, parce que la matière animale y est arrangée en membrane muqueuse, musculeuse et séreuse, en villosités et en cryptes, parce qu'elle y est configurée en une espèce de sac, parce que cette poche, ainsi organisée, se trouve dans certains rapports avec d'autres organes, etc. Sa fonction, pas plus que celle d'aucun autre organe, ne dépend donc pas immédiatement de son action organique. Celle-ci n'exerce évidemment qu'une influence indirecte sur celle-là; et si, venant à s'exalter jusqu'au degré morbide, elle augmente quelquefois l'énergie de la fonction, cela est rare et ne peut pas faire loi; le plus ordinairement, au contraire, la fonction se trouble ou cesse quand l'action organique s'accroît. La raison en est, que l'exercice d'une fonction ne peut être régulier, qu'autant que l'organisation du tissu qui l'exécute reste dans son état normal. En effet, soit qu'un tissu reçoive trop peu de sang et que sa sensibilité s'émousse, soit qu'il en reçoive trop et qu'il devienne trop irritable, le résultat est le même, il cesse de pouvoir remplir convenablement le rôle qui lui est destiné : un estomac enflammé, comme un estomac asthénié, ne convertit plus les alimens en chyme. Il n'en serait certainement pas ainsi si l'exercice des fonctions dépendait immédiatement de l'action organique.

Si donc l'action organique n'a qu'une influence *indirecte* sur l'exercice des fonctions, il en résulte cette première conséquence, que son action ne doit pas accroître l'énergie de celles-ci. Mais elle produit, disons-nous, l'effet contraire. Pourquoi cela? C'est parce qu'un certain degré d'irritabilité ou la présence d'une certaine quantité de sang ou d'autres fluides sont, dans tout organe, deux des conditions nécessaires de l'exercice régulier de sa fonction. Que l'irritabilité s'accroisse au-delà de ce degré que nous ne pouvons préciser, que le sang ou d'autres fluides affluent trop abondamment sous l'influence des stimulans, la fonction doit nécessairement se troubler ou cesser,

puisque quelques-unes des conditions indispensables pour sa régularité ou son exercice n'existent plus.

Une seule exception existe à cette loi : l'irritation que nous nommerons *nutritive* augmente toujours l'énergie de la fonction, ainsi que nous le verrons en traitant des *hypertrophies*. Nous ne partageons donc pas l'opinion de M. Boisseau, qui dit que dans les tissus irrités, il y a *sthénie de nutrition* et *asthénie de fonction ;* il est trop évident que l'énergie de la fonction s'accroît toujours au contraire quand la *nutrition* devient plus active.

L'irritation est susceptible de divers degrés d'intensité. L'habitude seule de l'observer peut apprendre à estimer ces degrés, car elle varie sous ce rapport chez la plupart des individus et dans les divers tissus. Cependant l'étendue qu'elle occupe, la force de la douleur qui l'accompagne, la quantité de fluides qu'elle appelle dans la partie, et l'énergie avec laquelle elle réagit sur les autres organes, peuvent servir à en faire apprécier l'intensité. Plus elle est étendue, plus elle est douloureuse, plus l'appel de fluides est considérable, plus les accidens éloignés qu'elle provoque sont graves, et plus elle est intense. Nous ne possédons pas d'autres mesures pour l'apprécier, et on se borne en général à la distinguer vaguement en *légère, moyenne* et *intense*. Tout ce que nous avons dit de la marche des maladies en général lui est applicable. Elle est donc *aiguë* lorsqu'elle développe beaucoup de sympathies et qu'elle parcourt rapidement toutes ses périodes; *chronique*, dans les circonstances opposées; *continue*, quand elle marche sans interruption depuis le début jusqu'à la terminaison; *intermittente*, lorsqu'elle disparaît pendant un, deux, trois ou quatre jours, pour revenir, s'évanouir encore, reparaître, et ainsi de suite d'une manière régulière et périodique un nombre de fois indéterminé; et *rémittente*, lorsqu'elle participe des deux types précédens, c'est-à-dire, lorsqu'avec des symptômes continus elle présente des accès semblables à ceux des irritations intermittentes.

L'intensité de l'irritation dépend évidemment et de l'intensité des causes et de l'irritabilité des tissus. Lorsque les causes sont faibles et les tissus peu irritables, l'irritation est légère ou chronique ; elle est au contraire intense ou aiguë dans les circonstances opposées. On conçoit aussi qu'une irritation forte peut naître sous l'influence d'une cause peu énergique, lorsque celle-ci a agi sur un organe très-irritable, et qu'au contraire une irritation légère peut succéder à une cause intense, si son action a eu lieu sur des parties douées de peu d'irritabilité.

La continuité est la forme sous laquelle l'irritation se manifeste le plus ordinairement. On en a demandé la cause, elle nous paraît simple. Un agent d'excitation vient à exercer son action sur un tissu, il y exalte l'irritabilité et y détermine un appel de fluides ; c'est en vain qu'il cesse ensuite d'agir, la douleur persiste, entretenue par l'abord trop considérable et continu des fluides, comme celui-ci se continue par elle, en vertu de la loi *Ubi dolor, ibi fluxus* (Hippocrate). Et cet enchaînement de cause et d'effet persiste, jusqu'à ce que l'art fasse cesser l'un des deux phénomènes en empêchant l'autre, ou jusqu'à ce qu'ils s'affaiblissent et s'usent pour ainsi dire d'eux-mêmes.

Toutes les irritations que l'on observe sous forme continue peuvent exister et existent en effet sous forme intermittente. Mais les causes de l'intermittence de l'irritation ne sont pas aussi palpables que celles de sa continuité. Cependant elles ne sont pas mystérieuses, comme on l'a répété tant de fois. Nous pensons, 1° que *ce sont presque toujours des causes intermittentes dans leur action qui préparent les irritations offrant ce caractère ;* 2° *que ces irritations sont favorisées dans quelques organes par l'intermittence de leurs fonctions ;* 3° *que ce sont presque toujours des causes intermittentes qui les font naître ;* 4° *que tantôt la persistance des causes, tantôt l'influence de l'habitude, et souvent ces deux actions réunies, les entretiennent ;* 5° enfin, *que les irritations intermittentes qui ne dépendent pas des causes précédentes, doivent ce caractère*

à une circonstance qui les accompagne. Essayons de démontrer ces propositions.

Les irritations intermittentes, disons-nous, reconnaissent toujours pour causes prédisposantes des causes intermittentes elles-mêmes. En effet, le printemps et l'automne sont les époques de l'année pendant lesquelles se développent le plus ordinairement ces affections. Celles même qui sont produites par les miasmes marécageux naissent presque toujours dans cette dernière saison. Or, le caractère commun à ces deux saisons, c'est de présenter une différence considérable entre la température du jour et celle du soir et de la nuit, et souvent en peu d'heures trois ou quatre variations très-sensibles dans la température et l'état hygrométrique de l'air. Quels peuvent donc être sur le corps humain les effets de ces fréquentes vicissitudes atmosphériques, de ces alternatives rapides et répétées de froidure et de chaleur, de sécheresse et d'humidité? C'est évidemment d'y entretenir une alternative continuelle d'action et de réaction dont il ne tardera pas à contracter l'habitude. Ainsi une impression de froid vient frapper la peau, elle se crispe et pâlit; un instant après la chaleur l'atteint à son tour, cette membrane s'épanouit et se colore. Ne sont-ce pas là les rudimens, si nous pouvons nous exprimer ainsi, des premiers phénomènes d'un accès d'irritation intermittente? La nuit met un terme à ces impressions; mais le lendemain et les jours suivans elles se renouvellent et sont nécessairement suivies des mêmes effets, et c'est ainsi que s'établit naturellement l'intermittence. Or, que chez un individu, ainsi modifié plusieurs jours de suite, prédisposé de la sorte à contracter l'irritation sous forme intermittente, un stimulus vienne à agir sur un organe quelconque, on conçoit déjà sans peine que la souffrance de cet organe puisse prendre le caractère de l'intermittence, surtout si la fonction de cet organe est elle-même intermittente. Il est de remarque, en effet, que ce sont en général les organes dans lesquels cette intermittence d'action en santé est

le plus marquée, qui sont le plus fréquemment atteints d'irritations périodiques. Ainsi l'estomac vient en première ligne, puis les articulations, ensuite les yeux, etc. (1). C'est ainsi que se forment la plupart des irritations intermittentes sporadiques.

Mais cette théorie va devenir d'une évidence plus frappante, si nous passons à l'étude de l'étiologie des irritations intermittentes des marais. Nous venons de voir l'intermittence des causes prédisposantes introduire dans l'économie une véritable habitude d'excitation et de sédation alternatives, qui se conserve dans la manifestation des phénomènes morbides; nous allons voir maintenant le stimulus qui produit la maladie agir lui-même d'une manière périodique; il nous paraîtra tout naturel dès-lors qu'à un agent irritant dont l'action est intermittente, succède une irritation qui le soit également.

Tous les médecins savent qu'il est beaucoup plus dangereux de se promener auprès d'un marais, à la chute du serein qu'à toute autre heure du jour; tous savent que l'on peut traverser impunément les marais Pontins, par exemple, dans le courant de la journée, tandis qu'on ne s'y arrête jamais sans danger après six heures du soir. M. le docteur Boisseau nous a raconté qu'un pharmacien militaire de sa connaissance put impunément, pendant plusieurs jours de suite, et aux heures de la plus grande chaleur, agiter la vase de ces marais et rester au milieu des miasmes qui s'en exhalaient en abondance. Il suffirait donc déjà de ces faits pour établir que l'action des miasmes est nulle ou presque nulle pendant une partie de la journée, tandis qu'elle s'exerce dans toute sa force à une heure toujours à peu près la même; ou, en d'autres termes, que cette action est intermittente. Mais comme on ne saurait s'entourer de trop de preuves lorsqu'on avance des opinions nouvelles, nous allons nous livrer à l'analyse attentive de ces mêmes faits.

Produits de la putréfaction des débris d'animaux et de vé-

(1) *Voyez* notre *Réfutation des objections faites à la nouvelle doctrine des fièvres*; Paris, 1821, pag. 161 et 162.

gétaux morts dans les marais, les miasmes se dégagent principalement et en plus grande quantité aux heures de la plus forte chaleur du jour. D'une part, le calorique hâte leur développement, et de l'autre, il augmente l'évaporation de l'eau qui en est le véhicule, ainsi qu'il résulte des expériences concluantes de M. Rigaud de l'Isle. Rien de tout cela ne saurait être un sujet de contestation. Ces agens délétères sont donc emportés par l'eau réduite en vapeur et mêlés avec elle à la couche d'air la plus voisine. Mais cette couche d'air s'échauffe bientôt, se raréfie, devient plus légère que celles qui sont au-dessus d'elle : elle s'élève par conséquent, et fait place à une seconde, qui se sature comme elle de la vapeur infectée. Celle-ci se dilate et s'élève à son tour, est remplacée par une troisième et ainsi de suite, tant que le soleil communique à la terre plus de calorique qu'elle n'en perd par le rayonnement. Mais aussitôt que cet astre s'est abaissé au-dessous de l'horizon, la terre rayonne vers l'espace qui ne lui renvoie rien si le ciel est sans nuages; elle se refroidit donc peu à peu, et abaisse par conséquent la température des couches d'air qui en sont les plus rapprochées. Il en résulte que ces couches d'air se condensent, et comme elles sont saturées de la vapeur tenant en dissolution les miasmes, puisqu'elles sont ou viennent d'être en contact avec la surface humide du marais, elles en déposent immédiatement une quantité proportionelle au volume dont elles ont diminué. Plus le refroidissement de la terre augmente, plus l'air se refroidit aussi et diminue de volume, plus en même temps il y a de vapeur condensée et mise en liberté, et plus grande est la quantité de miasmes déposés sur une surface et dans un temps donnés. Or, il nous est facile de concevoir, d'après cela, pourquoi l'influence des miasmes marécageux est nulle ou à peu près au moment de leur plus fort dégagement, et s énergique à la chute du jour. Dans le premier cas, ils sont raréfiés, l'air est trop échauffé pour que

la vapeur qui les dissout puisse se condenser et les déposer sur aucun corps, et en outre ils sont rapidement entraînés à une certaine hauteur dans l'atmosphère. Dans le second cas, au contraire, ils sont rassemblés en grande quantité sous le plus petit volume possible; l'eau qui leur sert de véhicule se condense sans cesse, et ils sont continuellement déposés sur toutes nos surfaces de rapport, la peau, les voies pulmonaires et les voies digestives. D'où il suit que dans une circonstance tout s'oppose à ce qu'ils puissent exercer aucune action, et dans l'autre tout favorise leur influence délétère. Ainsi se trouve démontrée, en même temps qu'expliquée, l'intermittence d'action de ces agens.

Les accès des irritations intermittentes se répètent, avons-nous dit, tantôt par l'influence de l'habitude, tantôt parce-que les causes se renouvellent, et souvent par ces deux actions réunies : peu de mots suffiront pour en donner la preuve.

Aucun médecin ne nie la puissance de l'habitude dans la reproduction des accès d'irritations intermittentes; mais tous la restreignent au cas où la maladie est déjà ancienne. Cependant il est évident, d'après tout ce qui précède, que l'habitude existe souvent déjà lorsque le premier accès se manifeste; ce n'est même que par elle que l'on peut se rendre compte raisonnablement de l'apparition d'un second et d'un troisième accès, quand le malade a été soustrait à l'action des causes immédiatement après le premier. Ainsi, par exemple, on campe un régiment sur le bord d'un étang ou sous le vent d'un marais : beaucoup de soldats sont bientôt atteints d'irritations intermittentes; on les dirige sur un hôpital voisin, et la moitié guérit en route, tandis que l'autre moitié conserve la maladie. Nous citons ce fait, parce qu'il s'est présenté souvent dans nos armées. Comment expliquer, chez ces derniers, la répétition des accès en l'absence des causes, autrement que par l'influence de l'habitude? Dira-t-on que les miasmes marécageux possèdent une propriété spécifique, en

vertu de laquelle ils donnent naissance à des maladies à des accès, comme le venin de la petite-vérole développe cette maladie. Mais les effluves des marais ne sont pas les seules causes des irritations intermittentes ; il faudra donc dès-lors accorder la même propriété aux autres agens qui peuvent les produire. Or, par cela même, la prétendue spécificité disparaît, et l'on revient naturellement et malgré soi à l'étude du *mode d'action* de ces différentes causes, si l'on veut en expliquer les effets. En fait d'ailleurs, cette spécificité n'existe pas, car les émanations marécageuses produisent assez souvent des irritations continues, ce qui ne devrait pas avoir lieu dans la supposition que nous combattons. On sait que l'étranger qui s'endort dans la Campagne de Rome, contracte plutôt une affection continue promptement mortelle, qu'une maladie intermittente. La fièvre jaune et la peste sont bien des maladies continues, et sont cependant produites par des miasmes, très-probablement de même nature, mais seulement plus actifs que ceux qui produisent les irritations intermittentes. Que devient dans tous ces cas la spécificité ? Elle est évidemment inadmissible ; c'est une supposition sans fondement. Dira-t-on aussi que les accès se répètent en vertu d'une *modification particulière* du tissu dont la lésion cause le trouble général ? Quoi de plus vague ? Quel phénomène vital, si minime qu'il soit, qui ne dépende d'une *modification particulière* d'un tissu ? N'est-ce pas là se payer de mots ? C'est donc évidemment en vertu de cette tendance de tous nos tissus à répéter certains actes, par cela seul qu'ils les ont déjà exécutés plusieurs fois, tendance reconnue par tous les physiologistes, et qui devient même la source de la précision qu'acquièrent tous les actes de notre économie ; c'est disons-nous, par l'effet de cette tendance qui, mise en action, prend le nom *d'habitude*, que des accès d'irritation se renouvellent, quoique la cause qui a fait naître les premiers ait cessé d'agir. Cette habitude est souvent déjà établie lorsque le pre-

mier accès se déclare, parce que l'action des causes s'est déjà exercée plusieurs fois avant de produire un effet morbide, et que chaque fois elle a été suivie de réaction.

Mais les accès sont quelquefois indépendans les uns des autres, et ne se répètent que parce que les causes se renouvellent. Dans l'exemple que nous avons choisi, il est évident qu'il en est ainsi chez les hommes qui guérisent par le seul fait de leur éloignement du marais; chaque accès est bien alors le résultat de chaque nouvelle impression des miasmes, puisqu'il cesse de s'en manifester quand cette impression cesse de se répéter, ce qui revient à dire que l'habitude n'est pas encore établie. Il en est de même, quand les accès offrent entre eux un intervalle de dix, quinze, vingt, trente jours et plus; ce sont autant d'affections séparées dont chacune porte avec elle toutes ses conditions d'existence. Enfin, les accès sont souvent entretenus tout à la fois par l'influence de l'habitude et par l'action répétée des miasmes; c'est ce qui a eu lieu chez les malades qui continuent à habiter dans le foyer d'infection.

Quelques irritations intermittentes qui se développent dans le sein des villes, quelquefois pendant la température la plus uniforme, sous l'influence d'une cause brusque, telle qu'une frayeur, une averse, semblent ne pas être les effets d'agens intermittens. Mais nous pensons qu'elles sont également produites ou au moins préparées par des causes périodiques que l'on ne remarque pas. Citons d'abord un fait à l'appui. Un médecin sentit son appétit s'accroître pendant les grands froids de l'hiver de 1820, au point qu'il pouvait à peine le satifaire. Pendant quelques jours il put impunément manger beaucoup plus que de coutume; mais bientôt ses digestions du soir commencèrent à devenir pénibles, puis douloureuses, et la dernière le fut tellement, qu'il résolut de faire diète absolue le lendemain. Il le fit, mais sa résolution avait été trop tardive, l'impulsion était donnée, et dès le soir même, à peu près à l'heure à laquelle il ressentait, les jours précédens, le malaise

qui accompagnait ses digestions, il fut pris d'un accès d'irritation intermittente qui dura quatre heures ; les jours suivans de nouveaux accès eurent lieu ; il prévint le quatrième. N'est-il pas évident qu'ici la cause a été intermittente, et n'est-il pas plus que probable, en même temps, que son action périodique n'eût pas été remarquée si le malade n'eût pas été un médecin? Nous ne doutons pas qu'il n'en soit de même dans la très-grande majorité des cas : car il nous paraît difficile que des effets intermittens ne dépendent pas des causes intermittentes. Que l'on interroge avec soin les malades, et l'on apprendra qu'avant de le devenir, celui-ci cherchait chaque jour à réveiller par des mets de haut goût son appétit diminué ; celui-là remplaçait par des spiritueux, dans l'intention de *se soutenir*, ce que son estomac refusait d'alimens sur la dose habituelle ; cet autre s'enivrait ; un quatrième abusait du café, etc., etc., et que tous commettaient ces infractions aux lois de l'hygiène à des heures à peu près fixes, parce que tout est réglé dans la vie sociale, soit par l'habitude, soit par la nécessité de distribuer l'emploi de son temps.

Quant à ces névralgies intermittentes dont les causes productrices sont instantanées, telles qu'un coup, l'avulsion d'une dent, elles paraissent se dérober à la théorie que nous venons d'exposer. Cependant, il ne serait peut-être pas si déraisonnable de soutenir que la tendance à reproduire les sensations éprouvées est si grande dans le système nerveux de certains individus, qu'il suffit qu'une impression soit un peu forte pour que la sensation qui l'accompagne se renouvelle d'elle-même le lendemain et les jours suivans. Ces faits se rapprocheraient dès-lors de ceux de l'habitude.

Enfin, certaines irritations intermittentes doivent ce caractère à une circonstance dont elles sont accompagnées ; telles sont les irritations hémorrhagiques. Dans ces maladies, chaque écoulement de sang détruit l'irritation qui le provoque ; il ne peut plus par conséquent se reproduire tant que celle-ci n'est

pas ranimée, mais il reparaît avec elle aussitôt qu'elle a repris son intensité première : il la détruit encore, et ainsi de suite. Tels sont encore les accès de certains *croups*. L'accès survient lorsque le larynx est engoué par la mucosité, il cesse après qu'elle a été rejetée, il se renouvelle aussitôt qu'elle a eu le temps de se reproduire en assez grande quantité, et peut cesser de se reproduire ainsi plusieurs fois de suite par ce mécanisme.

Cette théorie explique d'une manière satisfaisante, selon nous, l'intermittence des maladies. Mais une difficulté se présente : pourquoi les types, les intervalles entre les accès des irritations intermittentes sont-ils souvent différens chez les individus infectés dans un même marais? pourquoi, en un mot, l'irritation est-elle quotidienne chez celui-ci, tierce chez celui-là, quarte chez un autre, etc., le mode d'action de la cause paraissant uniforme pour tous? La raison en est simple : c'est parce que, d'une part, l'aptitude à contracter les maladies est différente chez la plupart des individus, et que, par conséquent, bien que sous l'influence des mêmes causes, les résultats doivent cependant varier comme les individus eux-mêmes; en second lieu, c'est parce que l'action de ces causes n'est pas la même pour tous; il faudrait, pour qu'il en fût ainsi, que tous les hommes qui habitent un même marais se livrassent aux mêmes occupations, et vinssent s'exposer dans des circonstances pareilles aux mêmes influences périodiques; il faudrait qu'ils se nourrissent et se vêtissent tous, et chaque jour, de la même manière, afin d'opposer chaque jour une même résistance aux miasmes, etc., etc. Or, rien de tout cela n'a lieu; il est donc tout naturel qu'on ne retrouve pas dans les effets une uniformité qui n'existe ni dans l'action des causes, ni dans les aptitudes à en ressentir l'influence.

L'irritation est susceptible de six modifications principales. En d'autres termes, les phénomènes locaux qui accompagnent l'irritation la montrent seulement sous six aspects différens bien appréciables. Dans le plus grand nombre des cas, la partie

qui en est le siége est douloureuse, elle s'échauffe, se gonfle et rougit par l'abord plus considérable du sang dans le système capillaire qui lui est propre : on appelle cette forme de l'irritation *inflammation*, *phlegmasie*. Quelquefois le tissu douloureux, chaud et tuméfié, laisse échapper le sang par sa surface ou au milieu de sa substance : cette autre forme de l'irritation a reçu le nom d'*hémorrhagie*. Dans d'autres circonstances, la douleur est peu vive, la chaleur à peine augmentée, le tissu ne se colore pas en rouge, mais il se tuméfie et prend une couleur blanche homogène; il offre en un mot un aspect tel, qu'il semble que les fluides blancs aient seuls pénétré son système capillaire, de même que dans l'inflammation, le sang seul paraît y aborder : cette troisième forme de l'irritation est appelée *sub-inflammation* (1). Quelquefois le tissu est seulement douloureux; il ne s'y manifeste ni changement de couleur, ni augmentation de volume appréciables, et, loin d'être accrue, la chaleur est quelquefois au-dessous de l'état normal : on nomme *névrose* cette quatrième forme de l'irritation. Dans quelques cas, l'irritation, à peine élevée au-dessus du degré physiologique, borne ses effets à augmenter à l'excès, par sa continuation, la nutrition du tissu où elle siége; on la nomme alors *irritation nutritive*. Enfin, elle ne se manifeste quelquefois que par la sécrétion du tissu qu'elle occupe; on la distingue, dans ce cas, par l'épithète de *sécrétoire*. L'inflammation est donc : *l'irritation avec appel plus considérable de sang que des autres fluides*; l'hémorrhagie, *l'irritation avec issue du sang à la surface ou dans la substance des tissus*; la sub-inflammation, *l'irritation avec appel plus considérable des fluides blancs que de sang*; la névrose, *l'irritation sans appel appréciable de fluides, et paraissant par conséquent bornée aux seules extrémités nerveuses*. Les irritations nutritive et sécrétoire n'ont pas besoin d'être définies. Nous ne

(1) Nous pensons qu'il serait utile de créer un autre mot pour exprimer cet état morbide.

disons pas que l'inflammation ait son siége dans les capillaires rouges, la sub-inflammation dans les capillaires blancs, la névrose dans les capillaires nerveux, l'irritation sécrétoire dans les vaisseaux sécréteurs, cela nous semble hypothétique. Dans un tissu irrité, vaisseaux blancs, extrémités nerveuses et capillaires sanguins, sont également le siége de l'irritation, puisque l'action de tous est augmentée; mais l'appel du sang ou celui des liquides blancs, ou la douleur, prédominent, et ce sont ces différences que nous constatons.

Tous ces phénomènes morbides ne sont bien évidemment que l'exagération des phénomènes physiologiques; ils ne diffèrent de ceux-ci que par le degré; et ce qui le prouve, c'est que des uns aux autres la transition ne peut pas être saisie, et qu'il est toujours difficile, pour ne pas dire plus, de poser la limite où les phénomènes physiologiques finissent, et de fixer le point où les phénomènes morbides commencent. Ainsi, de la coloration normale des joues la transition à l'inflammation est insensible; elle l'est encore de la nutrition normale à l'hypertrophie, du flux menstruel à l'hémorrhagie, de la sueur ordinaire à la sueur morbide, et de l'action nerveuse régulière à la névrose.

Il arrive fréquemment que ces formes diverses de l'irritation se succèdent, se remplacent, se confondent, que l'inflammation succède à la névrose, l'hypertrophie à l'inflammation, etc., et quelquefois que l'on ne peut pas les distinguer entre elles; mais il suffit que, dans le plus grand nombre des cas, on les observe chacune avec ses signes propres, et réclamant ses indications curatives spéciales, pour justifier, pour commander même leur séparation dans l'étude. Remarquons d'ailleurs que les caractères qui les distinguent sont bien tranchés dans les degrés élevés et moyens d'intensité, et qu'ils ne s'effacent que dans les nuances les plus rapprochées de l'état de santé, c'est-à-dire au point commun de départ, l'irritation.

N'y a-t-il entre toutes ces formes de l'irritation que des différences de degré? Pour résoudre ce problème par l'affirma-

tive, il faudrait pouvoir graduer l'irritation, et cela ne se peut pas. En spéculation, on peut bien dire que l'irritation *nutritive* occupe le bas de l'échelle, l'irritation *sécrétoire* le second degré, l'irritation *hémorrhagique* le troisième, l'irritation *nerveuse* le quatrième, et l'irritation *inflammatoire* le sommet. Mais quand, interrogeant les faits, on vient à voir des irritations inflammatoires aussi sourdes et aussi latentes que des irritations nutritives; quand on remarque qu'une irritation qui s'accroît lentement jusqu'au degré inflammatoire ne passe jamais, ou presque jamais, par les formes *nutritive, sécrétoire*, etc., ce qui devrait toujours avoir lieu si ces irritations n'étaient que des degrés divers d'un même état morbide, quand on remarque encore qu'une inflammation, en décroissant lentement, ne devient pas successivement une hémorrhagie, une irritation sécrétoire, et enfin une hypertrophie; enfin, quand on observe fréquemment réunies dans un même point d'un même tissu une névrose et une inflammation, une inflammation et une hémorrhagie, une irritation sécrétoire avec une névrose ou une phlegmasie, etc., ce qui n'aurait jamais lieu si ces états morbides n'étaient que des degrés les uns des autres, on ne peut plus prétendre qu'il n'existe entre eux que des différences de degrés. Ce sont autant de formes particulières de l'irritation, qui dépendent de ce que l'action organique étant une action très-complexe, peut s'exalter dans chacun des actes qui la composent, ou s'exalter dans plusieurs, ou enfin dans tous à la fois. Mais il est évident que la nature de l'irritation ne change pas pour cela; elle consiste toujours dans l'augmentation de l'action organique, seulement elle est modifiée dans son mode de manifestation (1).

Ainsi donc, à siége unique ou multiple, légère, moyenne, intense, aiguë, chronique, continue, intermittente, rémit-

(1) M. Boisseau, après avoir professé que les formes inflammatoire, hémorrhagique, etc., de l'irritation ne diffèrent que par le degré, adopte aujourd'hui notre opinion. V. *Journal univ. des Sciences médicales*, t. XLIV, déc. 1826.

tente, inflammatoire, hémorrhagique, sub-inflammatoire, nerveuse, nutritive, et sécrétoire, tels sont les principaux modes de l'irritation. De là résultent les différences les plus nombreuses de la très-grande majorité des maladies. Que l'on ajoute à cela les modifications que viennent apporter la diversité de texture des tissus, les tempéramens, les idiosyncrasies, les âges, les sexes, les climats, les saisons, etc.; que l'on réfléchisse aux nombreuses combinaisons des symptômes que peuvent produire toutes ces circonstances, et l'on concevra sans peine alors comment l'immense variété des maladies que nous allons étudier dans cette classe, n'est qu'apparente quant au fond, et n'empêche pas qu'elles aient toutes la même nature, qu'elles reconnaissent toutes pour cause prochaine l'*irritation* (1). Jetons un coup d'œil sur les modifications principales que ces circonstances lui impriment.

L'*irritation* bornée à un seul tissu, si elle est en même temps légère ou chronique, ne trouble en général que la fonction de ce tissu. Elle n'a donc qu'un petit nombre de symptômes, et ils peuvent être tellement obscurs, qu'il soit difficile de remonter à leur source (Voyez *Diagnostic*). Si elle est intense ou aiguë, au contraire, elle se transmet à divers points de l'économie, en vertu des liens qui unissent entre eux tous les organes, elle trouble plusieurs fonctions, et se manifeste au dehors par une foule de symptômes variés (Voyez *Sympathies*).

(1) Si l'on disait à un homme qui connaîtrait tous les phénomènes chimiques sans en posséder la théorie, qu'une seule force, l'affinité, modifiée par sept causes seulement, savoir : les quantités relatives des corps entre lesquels la combinaison peut avoir lieu, les combinaisons dans lesquelles ils peuvent être engagés, la cohésion, le calorique, l'état électrique, la pesanteur spécifique et la pression; que cette force unique, disons-nous, suffit pour expliquer les phénomènes si nombreux, si variés, si opposés en apparence dont se compose le domaine de la chimie, il se récrierait, sans doute, contre ce qu'il appellerait *la manie de généraliser*. Aurait-il raison cependant? Nous demandons si les antagonistes de la théorie de l'*irritation* ont fait la réflexion qu'ils pourraient bien être dans le cas de cet homme.

Elle se comporte alors comme dans le cas où il existe plusieurs irritations en même temps; c'est qu'en effet, dans l'un comme dans l'autre cas, elle occupe plusieurs tissus à la fois.

L'irritation aiguë et continue peut offrir : au début, le frisson; à sa terminaison, les sueurs; pendant son cours, les périodes d'augment, d'état et de déclin dont nous avons parlé en traitant d'une manière générale de la marche des maladies, et cela dans les circonstances que nous avons indiquées alors ; mais elle peut aussi ne présenter ni le premier ni le second de ces phénomènes, ou bien offrir l'un et pas l'autre, ou bien encore être accompagnée de sueurs et de frissons alternatifs pendant son cours; elle peut manquer de période d'augment, ou d'état, ou de déclin. Intermittente, elle est susceptible de revêtir tous les types que nous avons fait connaître et que nous avons admis; l'accès peut ne consister que dans un long frisson, ou n'offrir que la période de chaleur, ou ne présenter que celle de la sueur. Rémittente enfin, elle revêt toutes les formes précédentes. De là des modifications sans nombre dans son mode de manifestation, mais qui ne changent rien à sa nature. Enfin, elle est modifiée dans sa nature même et dans quelques-uns de ses symptômes par le fait d'être inflammatoire, hémorrhagique, sub-inflammatoire, nerveuse, nutritive ou sécrétoire. Mais les modifications les plus nombreuses et les plus importantes de l'irritation sont celles qu'elle reçoit de la diversité des tissus; celles-là constituent les espèces, établissent les différences fondamentales entre toutes les irritations et déterminent leur siége; leur histoire est celle de toutes les maladies et ne saurait être faite d'une manière générale. Cependant quelques développemens sont ici nécessaires.

Seize tissus, combinés deux à deux, trois à trois, quatre à quatre, forment tous nos organes. On les nomme cellulaire, nerveux, vasculaire sanguin, lymphatique, cutané, muqueux, séreux, synovial, glandulaire, musculaire, fibreux, cartilagineux, fibro-cartilagineux, osseux, épidermoïde, et pileux

Tous n'ont pas la même importance. Les quatre premiers sont élémentaires, c'est donc par l'étude de leurs maladies que nous devons commencer. Les dix suivans sont des tissus composés, résultant toujours de la combinaison des premiers. Les deux derniers enfin sont presque inorganiques. Outre cette distinction des tissus en *élémentaires*, *composés* et *inorganiques*, on devrait peut-être, en anatomie générale, considérer le tissu cellulaire comme le système *générateur;* le nerveux, comme le système *animateur;* les tissus sanguin et lymphatique, comme systèmes *nourriciers*, etc.; mais la première division suffit à notre but.

Ces tissus sont loin d'être également impressionnables à l'action des causes, parce qu'ils ne sont pas doués de la vie au même degré. Il résulte de là, non-seulement qu'ils ne contractent pas l'irritation avec la même facilité, mais encore, comme nous venons de le dire, qu'elle reçoit de chacun d'eux des modifications particulières. Ainsi, très-douloureuse en général à la peau, rapide dans sa marche, et facile à guérir, on la voit au contraire presque toujours indolente dans les os, de marche lente, et d'une opiniâtreté remarquable; et dans chaque tissu elle présente de la sorte quelque modification particulière en rapport avec la vitalité de ce tissu. Nous aurons soin de signaler plus tard ces particularités. Mais nous devons dès à présent, fixer un instant notre attention sur les grandes modifications que la prédominance de l'un ou de plusieurs de ces tissus, ou des organes qu'ils concourent à former, imprime aux individus; modifications d'où résultent les tempéramens et les idiosyncrasies, et par suite, des dispositions plus marquées à contracter certaines irritations plutôt que d'autres. Entrons dans quelques détails.

Les systèmes cellulaire, nerveux, vasculaire sanguin et lymphatique sont répandus dans toute l'économie, et il n'est pas d'organe dans lequel on ne les retrouve ou dans lequel on ne soit forcé d'en supposer l'existence; le dernier seul paraît pré-

senter quelques exceptions. Diversement combinés, ils forment la trame de tous les autres tissus, excepté l'épidermoïde et le pileux. Il sont donc, comme nous l'avons déjà dit, les tissus élémentaires de l'organisation. Mais, hors des parties qu'ils concourent à former, ils constituent des systèmes isolés, susceptibles de maladies propres, et surtout d'irritations.

De la prédominance de l'un des trois systèmes, nerveux, sanguin et lymphatique, naissent les tempéramens simples (1); et de la sur-activité de deux d'entre eux ou de tous les trois, chez le même individu, résultent les tempéramens mixtes. La prédominance du tissu cellulaire ne constitue pas un tempérament particulier. Il n'entre pas dans notre objet de tracer les caractères de ces prédominances, tant qu'elles ne s'élèvent pas au-dessus du degré qui les rend compatibles avec la santé. Jusque là elles sont du domaine de la physiologie. Mais souvent elles deviennent fortes à ce point de constituer en quelque sorte un état intermédiaire à la santé et à la maladie, et de former fréquemment le passage de l'une à l'autre, on les désigne alors sous les noms d'*obésité*, *exaltation nerveuse* ou *irritabilité excessive*, *pléthore sanguine*, et *pléthore lymphatique*. Ces divers états prédisposent à des irritations de formes différentes, et leur donnent en général un cachet particulier.

L'*obésité* est cet état dans lequel le corps a pris un tel accroissement par l'accumulation de la graisse dans le tissu cellulaire, que les mouvemens en sont rendus difficiles : c'est une véritable irritation nutritive. On en connaît peu les causes, cependant on sait qu'une très-grande activité des organes de la digestion, l'usage des mets succulens, des boissons chaudes

(1) *Voyez*, pour de plus grands détails sur les tempéramens, l'ouvrage du docteur Bégin, intitulé : *Principes généraux de physiologie pathologique*. Le talent avec lequel ce point de physiologie y est traité fait regretter que l'auteur ait omis de parler des tempéramens mixtes : *nervoso-sanguin*, *nervoso-lymphatique*, *lymphatico-sanguin*, et *nervoso-sanguin-lymphatique*.

et sucrées, le repos, l'oisiveté ou l'exercice modéré de l'équitation, le séjour au milieu des émanations animales, comme dans les boucheries, la perte d'un membre, la castration, l'usage continu des bains chauds, l'abus des saignées, le sommeil trop prolongé, surtout après le repas, et le calme des passions, peuvent la produire. Mais il faut en outre une prédisposition dans l'individu ; elle paraît consister dans une grande activité du tissu cellulaire et le peu d'irritabilité du système nerveux. Il est digne de remarque que la plupart des hommes qui se surchargent ainsi de graisse avec facilité, sont de profonds égoïstes. L'obésité est facile à reconnaître au volume qu'acquièrent toutes les parties du corps, et principalement l'abdomen, les mamelles et le cou ; à la forme arrondie des membres ; aux sillons demi-circulaires qui se font remarquer au milieu des cuisses, autour du ventre en passant sur l'ombilic, au cou principalement à sa partie postérieure, sous le menton, et dans d'autres parties du corps ; enfin, à la blancheur, la rénitence, le poli et l'éclat de la peau. En général, les individus qui en sont atteints à un haut degré sont apathiques, ont de la répugnance au mouvement, n'ont que des sensations obtuses, l'intelligence paresseuse, et dorment sans cesse. Les irritations dont ils sont affectés sont en général peu douloureuses ; concentrées dans le tissu ou l'organe qu'elles occupent, elles réagissent peu sur les autres tissus, se terminent souvent par suppuration ; et par les ravages sourds et cachés qu'elles opèrent, elles compromettent fréquemment la vie des individus lorsqu'on n'en soupçonne pas même encore toute la gravité.

L'*exaltation nerveuse* ou l'*irritabilité excessive* est le plus haut degré du tempérament nerveux. Les individus qui offrent cet état sont ordinairement maigres, secs ; ils ont la peau terne, le pouls vif, les mouvemens brusques. On les voit continuellement agités, sujets à de petites impatiences pour les motifs les plus frivoles ; la plus légère impression de froid ou

de chaud est pour eux une cause de douleur ; en quelque point du corps qu'on les touche on produit le chatouillement ou le tressaillement, et la première de ces sensations devient promptement douloureuse ; enfin, ils éprouvent dans les membres, des crispations, des inquiétudes, et quelquefois un état de malaise indéfinissable, sensations qui augmentent surtout à l'approche des orages. Les causes qui contribuent le plus à exalter ainsi un tempérament déjà nerveux, sont les veilles prolongées, et passées surtout dans la dissipation ou plutôt dans l'ennui des salons ; l'abus du café, les passions haineuses, les excès vénériens et la masturbation. Cet état dispose à contracter des névroses avec la plus grande facilité ; et s'il survient des phlegmasies aux individus chez lesquels on l'observe, elles s'accompagnent toujours de phénomènes dits *nerveux*, *malins*, *ataxiques*, qui en augmentent beaucoup la gravité. De vives douleurs accompagnent ordinairement les irritations des hommes ainsi organisés ; un grand nombre d'organes prend communément part à la souffrance de celui qui est affecté primitivement, et il en résulte qu'on s'exagère presque toujours l'intensité de ces irritations ; leur marche est très-rapide, mais presque toujours désordonnée.

La *pléthore sanguine* n'est autre chose que la prédominance du système sanguin, ou le tempérament sanguin porté à l'excès. On l'observe surtout chez les adolescens et les adultes. On la reconnaît aux signes suivans : état d'embonpoint, fermeté des chairs, coloration rosée de la peau du corps, et en rouge vif à la face, développement considérable des vaisseaux sanguins, sentiment de plénitude et de tension qu'ils font éprouver à l'individu, force, largeur et plénitude du pouls, énergie des battemens du cœur, pesanteur des membres, tendance au sommeil, vertiges, étourdissemens, et enfin hémorrhagies nasales fréquentes. Cet état n'est pas encore la maladie, mais ce n'est déjà plus la santé. La première cause est dans la constitution de l'individu ; car il est des hommes qui ne de-

viennent jamais pléthoriques, quoique soumis aux influences qui produisent ordinairement cet état. L'usage des alimens trop excitans, trop substantiels, le régime exclusivement animal, les repas trop copieux, les vins généreux, l'air vif, sec et froid, l'habitation dans les contrées du nord, jointes à l'oisiveté, au défaut d'exercice et au séjour trop prolongé dans le lit, en sont les causes ordinaires. L'ablation d'un membre peut aussi la produire. Elle dispose éminemment aux inflammations et aux hémorrhagies; aussi est-il toujours prudent de la détruire; elle est d'ailleurs assez incommode par elle-même pour exiger des soins; mais les irritations auxquelles elle prédispose sont ordinairement franches, faciles à apprécier sous le rapport de l'intensité, parce que les symptômes qu'elles provoquent sont l'expression assez fidèle du degré de leur force; elles marchent rapidement vers la terminaison, et d'une manière régulière.

La *pléthore lymphatique* enfin, est l'exagération du tempérament du même nom; on l'observe surtout chez les enfans et les femmes. L'embonpoint joint à la mollesse et à la flaccidité des chairs, la pâleur de la peau, la rondeur des formes, la grosseur des articulations, la lenteur et le peu d'énergie des mouvemens musculaires, la tendance à l'inaction, enfin l'apparition et la disparition fréquente de tumeurs indolentes au cou et aux aines, sont les signes auxquels on ne saurait méconnaître cet état. Il est produit par l'abus des alimens farineux, aqueux, et le régime exclusivement végétal, joints à l'habitation dans les lieux sombres, froids et humides : mais une prédisposition est nécessaire pour le contracter. Les irritations auxquelles cet état prédispose sont d'une lenteur remarquable; elles provoquent en général une douleur médiocre, elles laissent stagner les fluides dans les tissus et en produisent l'engorgement lent et rebelle, elles restent en général bornées aux tissus qu'elles ont affectés d'abord ou ne se transmettent qu'aux

tissus analogues, enfin, elles n'offrent pas en général beaucoup de gravité.

Quelques médecins regardent ces différens états de l'économie comme des *maladies générales*. Il est évident que, puisque chacune d'elles n'affecte qu'un seul système, ce nom ne peut leur convenir : ce sont encore des maladies locales, mais très-étendues. Faisons remarquer que l'obésité se guérit par les moyens qui produisent l'exaltation nerveuse, et celle-ci par ceux qui font naître celle-là, et que la même réciprocité existe entre la pléthore sanguine et la pléthore lymphatique. Cela tient à ce que les quatre grands systèmes élémentaires, qui sont les siéges de ces états semi-morbides, se font en quelque sorte équilibre. Quand l'un d'eux prédomine, il suffit d'en exalter un autre pour rétablir l'harmonie ; et réciproquement, si l'on vient à diminuer considérablement l'énergie de l'un de ces systèmes, un autre s'exalte. C'est ainsi, par exemple, que l'amaigrissement extrême ou une soustraction considérable de sang déterminent l'exaltation du système nerveux.

Plus l'organisation d'un tissu composé est compliquée, et plus, en général, il est exposé aux irritations. Aussi verrons-nous les tissus muqueux et cutané nous en fournir à eux seuls un plus grand nombre d'exemples que tous les autres réunis. Le système osseux semble, au premier abord, faire exception à cette loi ; mais on s'aperçoit bientôt que cette exception n'est qu'apparente, et que si beaucoup d'élémens entrent dans sa composition, ceux qui en forment la masse sont entièrement inorganiques, et étouffent, pour ainsi dire, la vitalité des autres sous leur impassibilité.

La prédominance ou l'excès d'activité de chacun des tissus composés constitue les idiosyncrasies, et, par conséquent, la plupart des prédispositions. C'est parce que la peau est plus irritable chez tel individu, les membranes muqueuses chez tel autre, le système glandulaire et le foie en particulier chez ce-

lui-ci, le système musculaire chez celui-là, le tissu fibreux chez un cinquième, que soumis à l'action d'une même cause, ces individus contractent l'irritation dans des parties différentes. Il doit donc exister des idiosyncrasies cutanées, muqueuses, hépatiques, musculaires, articulaires, dont on devrait s'appliquer à reconnaître les caractères, comme on l'a fait pour les tempéramens. La finesse, la blancheur et l'exquise sensibilité de la peau, seraient sans doute les principaux caractères de la première ; l'abondance des sécrétions muqueuses, nasales, pulmonaires et gastro-intestinales caractériseraient en partie la seconde ; la sécrétion abondante de la bile, des cheveux bruns, une peau foncée en couleur, et prenant fréquemment une légère teinte jaune, etc., en un mot, les caractères assignés jusqu'ici au temperament bilieux, seraient ceux de la troisième ; les signes du tempérament athlétique des auteurs deviendraient ceux de l'idiosyncrasie musculaire, etc. Faut-il ajouter que les systèmes séreux, synovial, cartilagineux, fibro-cartilagineux et osseux, exercent trop peu d'influence sur le reste de l'organisme pour que leur prédominance puisse se faire sentir et constituer des idiosyncrasies. Au reste, cette matière est obscure ; le flambeau de la physiologie nouvelle n'en a pas encore pénétré les ténèbres.

Nous ne dirons rien des tissus épidermoïde et pileux ; à peine appartiennent-ils au domaine de la vie.

Irritation sympathique ou Sympathies.

L'action de chaque organe est liée, dans l'ordre physiologique, à celle de tous les autres. Sans cet enchaînement, point d'harmonie, point d'ensemble, point de vie. *Consensus unus, consentientia omnia,* disait Hippocrate. Mais les rapports par lesquels s'enchaîne ainsi l'action de tous les organes deviennent surtout évidens dans les maladies : dès qu'un organe souffre à un certain degré, il en associe plusieurs autres à sa souffrance.

Cette liaison, cet enchaînement d'action, ces rapports entre tous les organes, dans l'état de santé comme dans l'état de maladie, ont reçu le nom de *sympathies*.

L'irritation reste donc rarement renfermée dans le tissu où elle a pris naissance. Aussitôt qu'elle acquiert une certaine intensité, variable suivant les individus, l'action organique d'un plus ou moins grand nombre de tissus augmente; ils s'irritent, ils sympathisent, ils *souffrent avec* (σὺν πάθος) le tissu ou l'organe primitivement affecté.

Les sympathies morbides sont les mêmes que les sympathies physiologiques; elles obéissent par conséquent aux mêmes lois. Si, comme nous croyons l'avoir démontré, l'irritation n'est pas autre chose que l'augmentation de l'action organique, les sympathies qu'elle fait naître ne peuvent être que la manifestation des rapports cachés, mais incontestables, qui unissent tous les organes entre eux. Pourrait-il en être autrement, et le sens commun ne dit-il pas que ce doivent être les mêmes organes qui sont associés d'action dans l'état normal, qui sympathisent et souffrent de concert lorsque l'un d'eux est malade? Les sympathies morbides sont donc évidemment les mêmes que les sympathies physiologiques. Une foule de faits vient à l'appui de cette vérité. Ainsi, l'excitation physiologique de la membrane pituitaire par un sternutatoire provoque les contractions du diaphragme et l'éternuement, et l'irritation de cette membrane dans le coryza produit le même phénomène; l'excitation physiologique des alimens sur la membrane buccale détermine la sécretion de la salive, et l'irritation de ce même tissu dans la stomatite fait aussi pleuvoir la salive dans la bouche; l'excitation normale de l'estomac, pendant la digestion, active les contractions du cœur, échauffe la peau, etc., et l'irritation de cet organe dans la gastrite accélère le pouls et augmente la chaleur cutanée; l'excitation de la vessie par la présence de l'urine provoque la démangeaison du gland qui avertit du besoin d'uriner, et l'irritation de cet organe par un

calcul fait naître le même phénomène, etc., etc., etc. Mais il arrive souvent aussi que l'on ne retrouve pas dans l'état physiologique certaines sympathies qui s'observent dans les maladies. Cela ne doit pas surprendre. Dans l'exercice bien régulier et bien paisible des fonctions, les rapports sympathiques de la plupart des organes ne s'aperçoivent pas; car, comme nous ne sentons pas dans ce cas les fonctions s'exercer, les liens qui les enchaînent doivent également nous rester inaperçus. Or, il est certains organes dont les fonctions s'exercent toujours de la sorte à notre insu, et dont par conséquent les rapports sympathiques avec d'autres organes nous échappent, tel est le rein, par exemple, mais ces rapports n'en existent pas moins, c'est l'état pathologique qui nous les révèle, et il n'est pas raisonnable de prétendre que devenus évidens ils sont d'une autre nature que lorsqu'ils étaient cachés. L'analogie, avec ce qui se passe dans le plus grand nombre des cas et le raisonnement, nous démontrent le contraire.

Plus l'individu est irritable, l'irritation de l'organe intense, sa propre irritabilité vive, et le rôle qu'il remplit dans l'économie important, et plus les sympathies sont nombreuses et prononcées; ou, en d'autres termes, *le nombre des organes qui partagent la souffrance de celui qui est primitivement affecté, et l'énergie avec laquelle ils témoignent leur participation à sa douleur, sont en raison de son importance physiologique, de son irritabilité propre, de l'intensité de l'irritation dont il est le siége, et de l'irritabilité générale de l'individu.*

Telle est la loi la plus générale des sympathies. Leur nombre et leur intensité sont, disons-nous, en raison : 1° de l'irritabilité des individus. Ainsi, chez les enfans, les femmes, et les individus très-irritables, l'irritation la plus légère suffit souvent pour faire naître un grand nombre de sympathies; tandis que chez les vieillards et les sujets peu impressionnables, l'irritation la plus violente détruit parfois un organe sourdement

et sans que les autres semblent participer à sa souffrance. 2° En raison de l'intensité de l'irritation. Cette circonstance influe davantage sur l'énergie des sympathies que sur leur quantité, parce qu'il est un nombre à peu près déterminé de sympathies pour l'irritation de chaque organe, que la plus intense ne peut faire dépasser ; cependant une irritation légère provoque moins de sympathies qu'une plus intense, et ainsi de suite jusqu'à un certain degré. Ce que nous disons de l'intensité de l'irritation est également vrai de son état d'acuité ou de chronicité ; toutefois une irritation chronique peut conserver encore un degré d'intensité assez marqué et ne plus exciter de sympathies, parce que son influence sur les autres organes diminue et s'épuise, pour ainsi dire, par le temps. Mais l'énergie des sympathies est bien, dans le plus grand nombre des cas, en rapport avec le degré de l'irritation : plus celle-ci est violente, et plus la participation qu'y prennent les autres organes est forte et vivement exprimée, et *vice versâ*. La souffrance de l'un ou de plusieurs de ceux-ci peut même s'élever au point de dominer l'affection primitive, et peut persister après qu'elle est dissipée. Il existe toutefois une exception à cette règle : dans quelques cas d'irritation excessivement intense dans un organe très-influent, il n'y a pas de sympathies provoquées; il semble que la douleur de l'organe irrité y concentre l'action et enchaîne celle de tous les autres. 3° En raison de l'irritabilité de l'organe. Au degré près, l'irritabilité de l'organe influe comme son irritation sur le nombre et l'intensité des sympathies. 4° Enfin, en raison de l'importance de l'organe irrité. Le système nerveux est de tous, celui qui provoque le plus grand nombre de sympathies ; la membrane muqueuse des voies digestives tient le second rang ; le cœur vient ensuite, puis la peau, les poumons, les membranes séreuses, les articulations, l'utérus, les testicules, les reins, la vessie, le foie, les muscles, les cartilages. Le pancréas, la rate, la thyroïde et les os, sont au bas de l'échelle et sur la même ligne à peu près. Nous ne

parlons pas de l'épiderme et des poils ; ces tissus presque inorganiques sont à peine susceptibles de maladies, et n'exercent aucune influence sur les autres organes.

L'action sympathique des organes est réciproque. Ce sont ceux qui provoquent le plus grand nombre de sympathies qui en reçoivent le plus. Ainsi, le cerveau perçoit la douleur de toutes les autres parties. Mais cet organe, chargé par la nature de ses fonctions de transmettre toutes les irritations sympathiques qui lui parviennent, doit à cette fonction même de ne conserver que rarement dans sa substance l'irritation communiquée, il la dissémine, pour ainsi dire, aussitôt par toute l'économie. La céphalalgie est très-souvent le seul signe qui atteste sa participation à la souffrance d'un autre organe. Cependant il arrive quelquefois qu'il s'irrite sympathiquement assez fortement pour produire le *délire* et les *convulsions*, cela arrive surtout chez les enfans, les femmes, et les individus très-irritables, et, ce qu'il ne faut pas perdre de vue dans la pratique, presque toujours à l'occasion de la phlegmasie de la membrane muqueuse gastro-intestinale, et rarement par la phlegmasie des autres organes. De sorte que lorsque le délire et les convulsions existent avec une inflammation du poumon, par exemple, presque toujours l'affection cérébrale est indépendante de celle du poumon ; il y a seulement simultanéité des deux maladies, tandis que quand ces phénomènes accompagnent une phlegmasie gastro-intestinale, ils dépendent au contraire le plus ordinairement de celle-ci. Cela tient à ce que les voies digestives exercent une bien plus grande influence sur le cerveau que le poumon et les autres organes. Il n'est pas sans exemple cependant de voir le délire et les convulsions sympathiquement excités par l'inflammation du poumon, et ils sont quelquefois indépendans d'une phlegmasie gastro-intestinale coexistante, mais ce sont les exceptions. Les douleurs très-vives, comme celles de la néphrite calculeuse, celles des phlegmasies articulaires, ainsi que les blessures des mem-

bres lorsqu'elles intéressent plusieurs troncs nerveux et qu'elles les ont dilacérés, provoquent quelquefois aussi du délire et des convulsions sympathiques qui cessent immédiatement avec ces causes. Les convulsions surviennent souvent après les grandes pertes de sang, mais on ne peut plus les considérer alors comme un phénomène sympathique : nous en rechercherons la cause ailleurs.

La membrane muqueuse des voies digestives, sans recevoir autant d'influences sympathiques que le cerveau, s'irrite sympathiquement bien plus fréquemment que cet organe. Toute inflammation vive de la peau, du tissu cellulaire, des muscles ou des articulations, les plaies graves de ces parties, les grandes opérations pratiquées sur les membres, et l'inflammation de tous les autres organes, agissent sur le cerveau, puisqu'il y a douleur perçue, sur le cœur, puisqu'il accélère ses contractions, comme nous le verrons plus loin; mais elles agissent surtout sur les voies digestives, ou plutôt, la membrane muqueuse qui revêt ces parties s'enflamme plus facilement sous leur influence que ces deux organes. Ce n'est pas ici le lieu d'expliquer pourquoi cette membrane jouit de ce fâcheux privilége, nous devons seulement constater le fait. Or, dans les circonstances indiquées, tandis que le cerveau et le cœur ne témoignent leur participation à la souffrance éloignée que par la céphalalgie et la fréquence du pouls, on voit presque toujours l'appétit se perdre, l'épigastre devenir chaud et douloureux, des nausées se déclarer, la langue rougir à ses bords et à sa pointe, une soif vive se faire sentir; en un mot, tous les symptômes que nous verrons appartenir à l'inflammation de la membrane muqueuse des voies digestives se manifester. Développé à la suite des plaies graves et des grandes opérations, ce groupe de symptômes a reçu le nom de *fièvre traumatique*. La fièvre traumatique est donc une irritation gastro-intestinale sympathique. Au début et tant qu'elle est légère, il suffit pour la faire cesser de détruire l'irritation ex-

térieure qui la provoque ; mais presque toujours elle acquiert promptement le caractère inflammatoire, et dès lors elle réclame des indications spéciales.

Le cœur ressent avec la plus grande promptitude l'irritation de tous les autres organes ; ses contractions en sont modifiées, accélérées, rendues irrégulières, etc., et le pouls indique fidèlement toutes ces modifications ; aussi cette sympathie est-elle celle qui fournit le plus de lumières au diagnostic. Dans l'état de santé, le pouls bat à peu près cent fois par minute chez les enfans, quatre-vingts à l'époque de la puberté, soixante-dix chez les adultes, et soixante chez les vieillards. Lorsque les pulsations sont plus nombreuses que nous venons de l'indiquer, le pouls est dit *fréquent ;* il est *rare* dans le cas contraire ; on appelle *plein* celui dans lequel l'artère se développe beaucoup sous les doigts, et les pouls *grand*, *développé, large*, expriment le même état de l'artère ; on appelle *petit* au contraire celui qui ne frappe le doigt que dans une très-petite étendue ; on nomme *dur, raide*, *tendu*, *résistant*, celui qui frappe le doigt en produisant l'impression du choc d'un corps dur et qui résiste à la pression ; *mou*, le pouls qui se laisse facilement déprimer ; *fort*, celui qui est plein et dur en même temps ; *faible*, celui qui est petit et mou ; *serré*, le pouls petit et dur ; *vibrant*, celui dans lequel l'artère semble vibrer sous les doigts à la manière d'une corde ; *vif*, celui dont les pulsations sont rapides et instantanées ; *lent*, celui dans lequel l'artère ne se développe sous le doigt qu'avec lenteur ; *régulier*, celui dont les battemens reviennent à des intervalles égaux ; *irrégulier*, celui dont les battemens sont séparés par des intervalles inégaux ; *intermittent*, le pouls dans lequel une pulsation paraît manquer de temps en temps ; *intercident*, celui au contraire dans lequel une pulsation se fait sentir entre deux autres régulières ; *égal*, celui dont toutes les pulsations sont de même force et de même fréquence ; *inégal*, celui qui offre l'état contraire. Telles sont les principales modifications du pouls.

Quelques auteurs en admettent un bien plus grand nombre ; mais celles que nous venons d'indiquer sont les seules bien appréciables. Nous dirons, dans l'histoire des maladies, quelle modification du pouls appartient à chacune : tout ce que nous pouvons dire ici, d'une manière générale, c'est que le pouls est *plein* lorsque l'irritation occupe un faisceau considérable de vaisseaux capillaires sanguins ; *petit* et *serré*, lorsqu'elle a son siége dans un tissu membraneux ; dans les névroses.

Mais parmi ces modifications du pouls, il en est une qui les domine toutes, qui se représente dans la très-grande majorité des irritations, et susceptible d'être appréciée avec beaucoup plus de précision qu'aucune autre ; nous voulons parler de sa fréquence. Elle donne en général la mesure assez exacte de l'intensité de l'irritation, et lorsqu'elle augmente ou diminue, alors même que tous les autres symptômes restent les mêmes, elle est le signe non équivoque de l'augmentation ou de la diminution de l'irritation qui l'excite. Ce phénomène sympathique est presque toujours accompagné de l'augmentation de la chaleur, et c'est à la réunion de ces deux sympathies que l'on a donné le nom de *fièvre*. En effet, tout médecin qui, en abordant un malade, trouve le pouls fréquent et la peau chaude, prononce qu'il y a de la *fièvre*. La fièvre est donc le *mot* par lequel on exprime *l'accélération des contractions du cœur et l'augmentation de la température naturelle du corps, provoquées sympathiquement par l'irritation d'un organe quelconque*. Nous disons *provoquées sympathiquement ;* car, si, par un examen ultérieur, le médecin vient à s'apercevoir que l'accélération des contractions du cœur dépend d'un état morbide de cet organe lui-même, il modifie son premier jugement : à ses yeux, le malade n'a plus la fièvre, il est atteint d'une maladie de cœur dont il lui reste à déterminer la nature.

Employé seul, le mot *fièvre* a toujours eu cette acception en médecine, mais les épithètes qu'on y a jointes en ont souvent fait perdre de vue le sens primitif. Nous ne pouvons pas

examiner ici toutes les expressions auxquels cela a donné lieu ; mais il en est quelques-unes sur lesquelles il y a encore trop de controverses, et auxquelles se rattachent des idées qui tiennent de trop près aux bases de la science, pour que nous ne devions pas nous y arrêter quelques instans : telles sont celles de *fièvre essentielle*, *fièvre simple* et *fièvre hectique*. Le simple exposé des faits nous mettra mieux à même d'en apprécier la valeur que ne pourraient le faire de longues discussions, qui doivent être rares d'ailleurs dans un ouvrage élémentaire.

On a dit long-temps, *fièvre pneumonique*, *fièvre cérébrale*, etc., pour indiquer la coexistence d'une irritation du poumon, du cerveau, etc., avec la fréquence du pouls et la chaleur augmentée ; et chaque fois que l'on pouvait découvrir l'organe dont la souffrance provoquait *la fièvre*, on en agissait ainsi. Mais en raison de l'imperfection de la physiologie, du peu de connaissances anatomiques que l'on possédait alors, et enfin de l'ignorance presque complète des faits d'anatomie pathologique, il est arrivé fréquemment que l'on n'a pas pu parvenir à connaître l'organe dont l'irritation provoquait la *fièvre*. Qu'a-t-on fait alors ? on a dit : voilà bien *une fièvre*, puisque nous en voyons les deux caractères, la fréquence du pouls et l'accroissement de la chaleur ; mais elle n'est excitée par l'irritation d'aucun organe, puisque nous ne le découvrons pas, donc cette fièvre existe par elle-même, elle est *essentielle* ; et comme il s'en trouvait beaucoup dans ce cas, et qu'il fallait pouvoir les distinguer entre elles, on les qualifiait de *malignes*, *inflammatoires*, *bilieuses*, etc., d'après certains caractères. On a donc appellé *fièvre essentielle*, toute maladie avec chaleur augmentée et fréquence de pouls, dont on n'a pas pu faire le diagnostic, sans s'apercevoir que l'on établissait ainsi une hypothèse, sur la double supposition de l'excellence des moyens d'investigation et de l'infaillibilité des investigateurs.

Bientôt on a ôté le nom de *fièvres* aux maladies dans les-

quelles la lésion d'un organe était évidente, et l'on a dit tout simplement une *pneumonie*, par exemple, au lieu de *fièvre pneumonique*, en reconnaissant que la fréquence du pouls et l'augmentation de la chaleur étaient sympathiques de la maladie du poumon ; que la *fièvre*, comme on le disait alors, était *symptomatique*. Il n'est donc resté de véritables *fièvres* que les *essentielles*. Mais au fur et à mesure que l'art du diagnostic s'est perfectionné, le cadre de celles-ci a dû se restreindre davantage. Malheureusement ce progrès ne pouvait qu'être très-lent, il a dû même s'arrêter à un certain point, faute de recherches anatomico-pathologiques. Enfin, l'importance de ces recherches étant mieux sentie, et l'anatomie des tissus ayant été créée par le génie de Bichat, M. Broussais a découvert que la très-grande majorité de ces maladies, que l'on prétendait n'avoir pas de siége, dépendent de l'irritation des voies digestives. Suivant l'impulsion donnée par ce savant observateur, et la route qu'il leur avait tracée, MM. Boisseau, Lallemand, Georget, Parent-Duchâtelet et Martinet, ont rapporté les *fièvres cérébrales, nerveuses, phrénétiques et ataxiques*, à leur véritable cause, l'irritation de l'encéphale et de ses dépendances, et l'on se demande aujourd'hui s'il existe encore des fièvres essentielles.

La réponse est maintenant facile. De trois choses l'une : ou bien l'on veut savoir s'il existe encore quelques maladies d'irritation dont le siége reste à déterminer ; ou bien s'il existe des groupes de symptômes dont, en raison de l'imperfection de nos moyens d'investigation, il soit impossible de reconnaître la source sur le vivant et sur le cadavre ; ou bien, enfin, s'il peut exister des symptômes d'irritation, avec chaleur et fréquence du pouls, indépendans de toute lésion locale de l'organisation.

Or, si l'on soutient qu'il est encore quelques maladies dont le siége reste à déterminer, et si l'on prétend qu'il existe des groupes de symptômes dont l'imperfection de nos moyens d'in-

vestigation ne nous permet pas de découvrir la cause sur le vivant et sur le cadavre, nous demandons d'abord quelles sont ces maladies, quels sont ces groupes de symptômes, et nous attendons une réponse précise. Nous faisons observer ensuite que la première question admet que ce siége existe, et qu'il s'agit seulement de le chercher et le déterminer; que la seconde en suppose également l'existence, et dit seulement que nous sommes impuissans pour le découvrir; toutes deux, par conséquent, repoussent implicitement l'idée de maladies sans siége, de maladies existant par elles-mêmes sans altération de l'organisation, en un mot de *fièvres essentielles.* Quant à la troisième question, tout y répond par la négative : la physiologie, qui nous apprend que tout trouble des fonctions suppose nécessairement une modification dans l'organisation des instrumens qui les exécutent; l'anatomie pathologique, qui prouve que cette modification est appréciable dans les quatre-vingt-dix-neuf centièmes des maladies; l'analogie, qui, pour l'autre centième, nous dit que, puisque les effets sont semblables, les causes sont nécessairement les mêmes; enfin, le raisonnement et les faits, qui nous attestent que les traces des irritations peuvent disparaître, et disparaissent en effet quelquefois après la mort (1). Tout dépose donc en faveur de cette importante vérité, due au génie de M. Broussais: *il n'existe pas de fièvres essentielles.*

Que faut-il entendre maintenant par *fièvre simple?* Évidemment, l'accélération du pouls et l'augmentation de la chaleur, isolées de tout autre symptôme, et dépendant d'une irritation primitive du cœur. Demander s'il existe une *fièvre simple,* c'est donc demander s'il existe des *cardites* légères. Or, qui osera prétendre que le cœur puisse être irrité sympathiquement, et ne puisse pas l'être primitivement. Personne sans doute. La

(1) Bichat, *Anatomie générale*, tome II, page 490. M. Pinel, *Nosographie philosophique*, tome II, page 285 et 422, 5e édition.

théorie conduit donc à admettre une fièvre simple. Mais qui l'a observée dans la pratique? Qui l'a décrite? Et quand on la connaîtra, ne vaudra-t-il pas mieux l'appeler tout simplement *cardite*.

Les irritations chroniques de toutes les parties du corps provoquent, comme celles qui sont aiguës, l'irritation sympathique du cœur, et cette sympathie est encore accompagnée de l'augmentation de la chaleur : c'est là ce qui constitue la *fièvre hectique* des auteurs. Elle est aux irritations chroniques des tissus ce que les *fièvres essentielles*, dont elle fait au reste partie, sont aux irritations aiguës. Ce que nous avons dit de celles-ci lui est donc entièrement applicable ; mais nous devons ajouter que, dans les irritations chroniques des membres, telles que les plaies, les ulcères, etc. ; la *fièvre hectique* dépend rarement de ces irritations elles-mêmes, mais presque toujours de la phlegmasie chronique de la membrane muqueuse des voies digestives qui vient s'y joindre.

Telle est l'action sympathique que tous les tissus exercent sur le cœur. Probablement celle que cet organe exerce à son tour sur toutes les parties de l'économie n'est pas moins grande ; mais nous ne pouvons que le supposer, l'irritation et l'inflammation de son tissu n'étant pas encore bien connues.

La peau ressent aussi l'influence sympathique de plusieurs organes, mais non pas de presque tous, comme le cerveau, la membrane muqueuse gastro-intestinale, et le cœur. Le système nerveux tout entier, deux membranes séreuses, savoir la plèvre et le péritoine, les reins et les articulations, sont les parties dont elle reçoit et sur lesquelles elle exerce le plus d'influence. Nous étudierons ces sympathies particulières à l'occasion des irritations de toutes ces parties, nous ne nous occuperons ici que de trois phénomènes dont elle semble le théâtre, savoir, la chaleur, le frisson, et la sueur.

La chaleur ne peut pas être considérée comme un phénomène sympathique propre à la peau. Nous ne pouvons l'ap-

préciser que sur cette membrane, il est vrai; mais il est probable qu'il s'étend à la plupart des organes principaux, et il paraît d'ailleurs sous la dépendance absolue de la circulation. Plus celle-ci est accélérée, plus la chaleur est considérable; quand le pouls est lent, elle s'abaisse au-dessous de l'état normal; jamais on n'observe d'augmentation de température sans fréquence du pouls. L'augmentation de la chaleur paraît donc être un effet purement physique ou chimique, plutôt qu'un phénomène sympathique; au moins est-il probable que tout le système capillaire en est le siége, et non la peau spécialement.

Nous en dirons à peu près autant du *frisson*. Ce phénomène accompagne l'invasion de presque toutes les irritations violentes qui surviennent tout-à-coup. On sait qu'il consiste dans une sensation générale de froid, subite, quelquefois passagère, souvent de la durée d'une à plusieurs heures, accompagnée de pâleur et constriction de la peau, et de l'érection des poils qui la recouvrent. Dans l'état de santé, on l'observe : 1° au commencement de la digestion; 2° sous l'influence d'une impression morale, et principalement de celles qui sont accompagnées d'horreur; 3° à l'occasion d'un froid vif extérieur. Il accompagne donc toujours les deux phénomènes physiologiques suivans : diminution de l'action vitale à la peau, concentration de cette même action sur un ou plusieurs organes, soit que l'un de ces phénomènes soit primitif, soit l'autre. Or, dans les maladies, le frisson, qui ne peut être que l'exagération de ce qu'il est en santé, doit encore être accompagné de ces deux phénomènes, et chaque fois qu'on l'observe, on ne peut pas douter que l'action organique ne s'exalte dans un ou plusieurs organes. Sous ce rapport, il est donc un signe précieux; mais ce n'est plus un phénomène sympathique de même ordre que ceux que nous avons étudiés jusqu'ici; c'est une sympathie en quelque sorte passive, qui n'est que le plus haut degré de la diminution d'action organique de la peau, à

l'occasion d'une irritation intérieure violente et subite. Le tremblement des muscles et le claquement des mâchoires sont des phénomènes nerveux qui l'accompagnent souvent, et en sont alors les effets; mais ils existent souvent sans lui dans les irritations nerveuses de l'encéphale.

La sueur est un phénomène sympathique de même nature, mais inverse. Dans l'état de santé comme dans celui de maladie, elle accompagne presque toujours la diminution ou la cessation d'une excitation intérieure; elle en est l'indice. Aussi une sueur abondante qui survient dans le cours d'une irritation aiguë, est-elle toujours d'un favorable augure. Il n'en est pas de même dans les irritations chroniques du poumon; nous verrons que dans ce cas elle est toujours un mauvais signe.

Enfin, il est encore un phénomène sympathique commun à presque toutes les maladies, c'est la diminution des forces musculaires ou la *faiblesse*. Elle a lieu en vertu de cette loi de l'économie, par laquelle l'action vitale diminue dans une partie en proportion de ce qu'elle augmente dans une ou plusieurs autres. Plus les irritations sont intenses, et plus la faiblesse musculaire est en général considérable; elle se manifeste aussitôt que l'irritation commence, elle cesse ou diminue aussitôt que celle-ci disparaît; elle ne diffère donc en rien des autres sympathies passives : comme symptôme, elle n'est, en général, que d'une importance très-secondaie.

L'irritation sympathique est de même nature que l'irritation primitive (1). Ainsi, aussitôt qu'une irritation sympathique s'élève au degré morbide, elle prend le caractère inflammatoire si elle émane d'une inflammation, le caractère hémorrhagique si elle est produite par une hémorrhagie; elle est sub-inflammatoire si l'irritation primitive est une sub-in-

(1) Broussais, 2ᵉ *Examen*, *propos.* LXXIV.

flammation ; elle est nerveuse, si c'est une névrose qui la provoque, etc. C'est par cette loi que s'établissent les *diathèses*. Une diathèse n'est donc autre chose que la reproduction, dans plusieurs points de sympathie, d'une irritation de la même nature que l'irritation primitive. Il existe donc cinq espèces de diathèses d'irritation, *la diathèse inflammatoire*, *la diathèse hémorrhagique*, *la diathèse sub-inflammatoire*, *la diathèse nerveuse*, *la diathèse d'irritation sécrétoire*, et *la diathèse d'irritation nutritive*.

Cette loi offre peu d'exceptions tant que les irritations sympathiques ne sortent pas du système organique dans lequel s'est développée l'irritation primitive ; elle s'étend même jusqu'à la forme qu'y revêt l'irritation. Ainsi une phlegmasie dartreuse qui se répète dans les divers points du système cutané conserve partout sa nature ; l'irritation hémorrhagique ou nerveuse d'une membrane muqueuse ne provoque en général que des hémorrhagies ou des névroses dans les points de sympathie du même système ; enfin, la sub-inflammation de quelques ganglions lymphatiques ne détermine que la sub-inflammation des autres ganglions ; et quant à la forme même de l'irritation, on voit l'irritation dartreuse conserver partout la sienne ; la phlegmasie d'une membrane séreuse, avec ou sans épanchement de sérosité, provoquer dans les autres séreuses des inflammations avec ou sans hydropisie ; la sub-inflammation promptement désorganisatrice dans le siége primitif, être suivie d'une désorganisation rapide dans les ganglions sympathiquement irrités, etc., etc.

Mais les exceptions commencent à devenir nombreuses lorsque l'irritation sympathique a lieu sur un autre système organique que l'irritation primitive. La différence d'organisation des tissus les rend plus ou moins propres à contracter tel mode d'irritation que tel autre, et modifie par conséquent celle qui leur est communiquée. Ainsi, les inflammations de la peau et des membranes muqueuses déterminent souvent

des sub-inflammations sympathiques dans les ganglions lymphatiques correspondans ; une phlegmasie pustuleuse de la peau n'offre que rarement, et peut-être jamais ce caractère, sur la membrane muqueuse à laquelle elle est transmise ; une névrose dans celle-ci provoque une inflammation dans le cerveau, et réciproquement.

Enfin, il existe quelques exceptions même pour les irritations transmises aux divers points d'un même système organique. Ce sont surtout les irritations hémorrhagiques qui les présentent, et l'on voit souvent une hémorrhagie être l'effet sympathique d'une inflammation, et quelquefois celle-ci résulter de celle-là, dans un même système. Il ne faut pas confondre avec ces faits le remplacement d'une irritation par une autre lorsqu'il n'existe entre la première et la seconde aucun rapport sympathique ; la nature de l'une ne peut évidemment influer en rien, dans ce cas, sur la nature de l'autre. C'est ainsi qu'à la suppression d'une hémorrhagie succède indifféremment une inflammation, une névrose, une irritation sécrétoire, nutritive, aussi bien qu'une autre hémorrhagie, et réciproquement.

L'irritation sympathique est transmise par les cordons nerveux, avec ou sans l'intermédiaire du cerveau. Elle est transmise par les cordons nerveux, puisqu'un membre dont les principaux nerfs sont coupés, détruits ou comprimés, ne la ressent plus ; avec l'intermédiaire du cerveau, pour les organes de la vie animale, puisque les parties paralysées par une maladie de cet organe ne sont plus susceptibles de l'éprouver ; sans l'intermédiaire du cerveau, d'une manière absolue, pour ceux des organes de la vie végétative qui ne reçoivent pas de nerfs cérébraux, et en partie pour ceux qui en reçoivent, puisqu'elle se communique de l'un à l'autre, alors même que toutes les fonctions du cerveau sont suspendues par l'effet de sa compression. Est-ce le cordon rachidien ou le nerf trisplanchnique qui en est l'agent dans ce cas? Nous penchons vers

la dernière opinion, mais nos motifs ne sont pas assez solides pour que nous les exposions ici.

TRAITEMENT GÉNÉRAL DE L'IRRITATION.

Le but unique que l'on doive se proposer dans le traitement de toute irritation, est de ramener à l'état normal l'action organique des tissus dans lesquels elle est exagérée. Une indication aussi simple semble, au premier aperçu, devoir être facile à remplir et ne comporter qu'un seul ordre de moyens; mais on ne tarde pas à se convaincre que, si le but et l'indication générale sont toujours les mêmes, les moyens sont modifiés par une foule de circonstances. Ainsi, d'une part, les âges, les sexes, les tempéramens et l'idiosyncrasie des individus; de l'autre, les causes de l'irritation, son degré d'intensité, son état d'acuité ou de chronicité, de continuité ou d'intermittence, de simplicité ou de complication, sa nature inflammatoire, hémorrhagique, nerveuse, sécrétoire ou nutritive, la diversité des tissus, et enfin, quelques autres particularités encore inconnues, sont autant de sources d'indications spéciales, autant de causes de modifications dans l'emploi et souvent même dans la nature des moyens curatifs.

On peut ranger sous quatre chefs principaux les nombreux moyens de faire cesser l'irritation; savoir : 1° *médication asthénique directe;* 2° *médication asthénique indirecte* ou *révulsive;* 3° *médication asthénique empirique;* 4° *régime.* Nous n'avons pas besoin de rappeler que l'éloignement des causes et le repos de l'organe malade font nécessairement partie du traitement de l'irritation, puisque nous avons dit que ces préceptes sont applicables à toutes les maladies.

Médication asthénique directe.

Nous rangeons dans cette classe tous les moyens thérapeutiques qui diminuent directement l'irritation des tissus : tels

sont les évacuations sanguines, les topiques émolliens, narcotiques, astringens, sédatifs, les lavemens, les bains et les boissons de même nature. Cette médication est la plus rationnelle; elle est applicable au plus grand nombre d'irritations, et le plus fréquemment couronnée par le succès.

Les émissions sanguines sont les moyens les plus puissans à opposer à l'irritation. On nomme *saignées générales* celles qui s'obtiennent par l'ouverture d'une artère ou d'une veine, et *saignées locales* celles qu'on opère sur le système capillaire; nous indiquerons plus loin la manière de les pratiquer. Il n'est pas indifférent d'employer l'un ou l'autre de ces modes d'évacuation sanguine. Les saignées générales doivent être préférées chez les individus d'un tempérament sanguin ou pléthorique, au début des inflammations violentes, dans les phlegmasies des organes dont les vaisseaux capillaires sanguins sont réunis en épais faisceaux, dans les grandes hémorrhagies, dans les cas d'obstacle considérable à la circulation, lorsqu'il y a imminence de suffocation, et quand le pouls est plein et fort. Les saignées locales conviennent davantage, chez les individus lymphatiques ou nerveux, dans les irritations chroniques, après l'emploi des saignées générales, dans les inflammations des tissus membraneux, dans les irritations circonscrites qui n'ont point encore exercé d'influence sur les autres parties de l'économie, dans presque tous les cas où la tuméfaction et l'engorgement sont les principaux symptômes de l'irritation, lorsqu'il s'agit de rappeler un écoulement sanguin supprimé, et enfin quand on veut obtenir à la fois un effet asthénique et un effet révulsif. Il est rare que l'on puisse remplacer les saignées locales par les saignées générales, tandis que celles-ci peuvent souvent être remplacées par les premières, rendues très-abondantes.

On ne peut pas établir de règles pour la quantité de sang à extraire par chaque saignée générale ou locale, et le nombre de fois que l'on doit les répéter; ces inconstances sont détermi-

nées par l'intensité de l'irritation, la force du malade, son âge, son sexe, etc. Toutefois, nous dirons que l'on répète ordinairement la saignée générale tant que le sang offre la couenne inflammatoire. On ne tire jamais moins de deux onces de ce liquide; la plus grande quantité que l'on en évacue à la fois dépasse rarement deux ou trois livres; la dose moyenne est de douze à seize onces; enfin, on ne répète presque jamais cette évacuation sanguine plus de trois à quatre fois dans les vingt-quatre heures (deux saignées générales par jour suffisent presque toujours, même dans les cas les plus graves), et plus de dix à douze fois dans le cours d'une même irritation. Quant aux sangsues, on en place depuis une ou deux chez les très-jeunes enfans, jusqu'à soixante et quatre-vingts chez les adultes: terme moyen, vingt à trente. On laisse ordinairement l'écoulement de sang s'arrêter de lui-même; on n'y revient jamais au-delà de deux fois dans la même journée; mais, dans une irritation intense qui se prolonge, on peut en répéter l'application un très-grand nombre de fois pendant son cours. Elles sont d'autant plus efficaces, qu'on y a recours à une époque plus rapprochée du début de la phlegmasie, et qu'on les emploie en plus grand nombre, en se renfermant toutefois dans les bornes prescrites par l'expérience. On doit y revenir jusqu'à ce que l'inflammation diminue, et ne s'arrêter que lorsque la diminution est assez considérable pour qu'on n'aie point à craindre de voir l'inflammation se ranimer en l'abandonnant à elle-même; il est plus prudent même de n'en cesser l'emploi que quand celle-ci est enlevée. Mais l'expérience clinique peut seule apprendre à mettre en pratique ces préceptes, qui s'appliquent aussi en grande partie aux saignées générales. Les enfans et les adultes supportent des saignées très-abondantes; les vieillards exigent plus de réserve dans l'emploi de ce moyen; les femmes supportent en général mieux que les hommes les pertes considérables de sang; enfin, il existe des individus qui éprouvent des inconvéniens très-graves de la plus légère évacuation

sanguine, les uns par la saignée générale, les autres par les sangsues.

Quels sont les effets de la saignée générale? Ils sont évidens. Par elle, la masse du sang est diminuée, une dérivation subite, forte, quoique de peu de durée, appelle ce liquide loin de l'organe irrité, et suspend le mouvement fluxionnaire dont celui-ci est le siége : le sang est privé d'une partie de son principe excitant, la fibrine, laquelle ne peut se réparer que lentement; l'irritabilité et la chaleur générale de l'individu sont affaiblies, et celles qui sont en excès dans le tissu malade participent par conséquent à cette diminution. Comment agit maintenant la saignée locale? Quelquefois elle soustrait directement à la portion du système capillaire irrité le sang qui y afflue, diminue par conséquent la chaleur dont celle-ci est le siége, affaiblit son irritabilité, et détruit de la sorte tous les élémens de l'irritation à la fois; mais, dans le plus grand nombre des cas, son action est différente et plus complexe : c'est une véritable révulsion qu'elle opère, mais une révulsion particulière et des plus efficaces. En effet, chaque piqûre de sangsue ou de lancette du scarificateur produit une douleur plus ou moins vive, une fluxion s'opère autour de chaque petit point douloureux, et comme ces phénomènes se passent toujours sur la partie de la peau qui a les relations sympathiques les plus étroites avec le tissu irrité, ils y établissent une irritation artificielle, qui agit fortement sur l'irritation morbide et en suspend le cours. L'écoulement du sang diminue en même temps l'intensité de celle-ci, et de la sorte compense ce qu'il manque en force à la première pour la révulser. D'où il suit que les saignées locales joignent aux avantages des saignées générales ceux d'une révulsion sans inconvéniens, puisqu'elle n'est pas accompagnée d'une vive stimulation. C'est à cette double action, sans doute, qu'il faut attribuer l'efficacité de ce moyen thérapeutique.

Il est aisé de concevoir maintenant pourquoi la saignée gé-

nérale pratiquée loin de l'organe enflammé est plus efficace; pourquoi la saignée du pied est si puissante dans les affections cérébrales, et les violentes inflammations des tonsilles; pourquoi celle du bras suspend les hémorrhagies; pourquoi elle arrête le flux menstruel. On s'expliquera facilement aussi le mauvais effet des applications trop faibles de sangsues dans les inflammations vives; les avantages de l'écoulement prolongé du sang dans tous les cas où l'on veut détruire une irritation; l'efficacité des sangsues en petit nombre au contraire, et l'utilité de ne pas laisser couler le sang, lorsqu'on se propose de rappeler un écoulement sanguin supprimé; les bons comme les mauvais effets produits par l'inflammation et la suppuration de leurs piqûres; et enfin la différence d'action entre les ventouses scarifiées et les sangsues.

Les topiques émolliens sont: l'eau tiède, les mucilages, le lait, les huiles douces, la gélatine et les graisses: on les emploie sous forme de lotions, bains locaux, fomentations, onctions, embrocations, cataplasmes et frictions, toujours appliqués sur la peau, et le plus ordinairement tièdes. Les topiques émolliens paraissent agir surtout par la chaleur humide qu'ils contiennent, et leur effet est presque toujours sympathique; cependant la nature des substances qui les composent est pour quelque chose dans leur action; autrement tout corps tiède et humide produirait le même effet, et loin d'en être ainsi, il n'est pas même indifférent d'employer dans tous les cas le même émollient. Les mucilagineux paraissent l'emporter sur tous les autres; leur mode d'action consiste dans le relâchement du tissu cutané, la diminution de son irritabilité, et par sympathie un effet semblable dans le tissu qu'occupe l'irritation. Ils sont utiles dans toutes les irritations aiguës et chroniques, à un très-petit nombre d'exceptions près. Ces exceptions se présentent à la fin de quelques irritations, ayant leur siége dans des tissus lâches, qui ne réagissent pas assez fortement sur le sang et les autres liquides qui les engorgent, et

chez les individus d'une constitution molle et lymphatique. Les émolliens ne feraient, dans ces cas, qu'augmenter la cause de la stagnation des liquides.

La manière d'employer les topiques narcotiques est la même que pour les précédens; ils ont aussi le même mode d'action, mais ils diminuent bien plus puissamment l'irritabilité des tissus, ce qui les rend préférables dans les irritations où la douleur est très-vive. En général, d'ailleurs, on s'associe presque toujours ces deux ordres de moyens. L'opium et le suc des papavéracées, quelques ombellifères, telles que le cerfeuil et la ciguë, et la plupart des solanées, appartiennent à la classe des médicamens narcotiques.

Les topiques astringens ou *styptiques*, resserrent, crispent, décolorent et condensent les surfaces sur lesquelles on les applique, et ils en émoussent l'irritabilité. Telle est leur action sur les tissus sains; elle est encore la même sur les tissus faiblement irrités, mais ils agissent comme stimulans, irritans, sur les parties où l'irritation est vive; il suit de là ce premier précepte, de ne les employer que dans les irritations faibles et de s'en abstenir dans celles qui sont intenses. Mais il n'est pas possible de déterminer le point précis où leur efficacité commence et où leur nocuité finit; il varie avec les tissus, la nature et la force des astringens. En général, ils sont utiles dans les cas où la douleur est nulle, et principalement après l'emploi long-temps continué des émolliens et lorsqu'un engorgement en quelque sorte passif des tissus en a été la suite. Mais où leur efficacité se montre davantage, c'est dans les phlegmasies chroniques, superficielles, avec injection plutôt qu'engorgement des tissus. Nous ne parlons pas de la réaction qui suit leur application, d'abord parce qu'elle est légère, et ensuite parce qu'elle n'a lieu que lorsque leur action est momentanée, et qu'on les emploie toujours d'une manière continue. Les médicamens qui jouissent de cette propriété sont très-nombreux : la plupart des acides convenablement étendus d'eau,

plusieurs sels avec excès d'acide, et principalement les sulfates d'alumine et de potasse, de fer, de cuivre, de zinc; les tartrates de potasse, de potasse et de fer; l'acétate de plomb, etc.; toutes les plantes qui contiennent de l'acide gallique et du tannin, telles sont la noix de galle, le cachou, la bistorte, la tormentille, le ratanhia, les écorces de chêne, de marronnier, de quinquina, de saule, de cerisier, de grenadier, les feuilles de ronces, les roses rouges, le cynorrhodon, le coing, le sumac, tous les fruits acerbes, etc., appartiennent à cette classe : on les emploie en dissolutions froides, ou en infusion, décoction, et rarement en cataplasmes.

Les lavemens rentrent en grande partie dans la classe des topiques; ceux-la seuls qui sont employés dans ce but doivent ici nous occuper. On les rend émolliens, narcotiques ou astringens suivant l'effet qu'on veut en obtenir; mais leur action, lorsqu'ils sont émolliens ou narcotiques, ou l'un et l'autre en même temps, s'étend souvent au-delà de l'organe sur lequel on les dépose et des parties environnantes. L'absorption s'en empare, et ils produisent les mêmes effets que les boissons de même nature. Quelquefois ils agissent sympathiquement sur un organe éloigné : c'est ainsi, par exemple, qu'un lavement d'eau froide simple ou vinaigrée calme très-promptement parfois la céphalalgie.

On désigne d'une manière générale les topiques émolliens et les narcotiques sous le nom de sédatifs, mais on applique surtout cette dénomination au froid. L'eau, depuis quelques degrés au-dessous de la température actuelle de l'atmosphère jusqu'à celle de la glace fondante, seule ou mêlée avec le vinaigre et le sel marin, et employée au moment du mélange à l'état de neige et de glace, est en effet le topique sédatif par excellence.

C'est un des plus puissans moyens à opposer aux grandes hémorrhagies et aux irritations du cerveau ou de ses membranes. On l'emploie quelquefois aussi dans les inflammations des voies

digestives et les hémorrhagies de la membrane muqueuse pulmonaire, lorsque l'affaiblissement du malade ne permet plus d'avoir recours aux émissions sanguines, ou quand elles paraissent sans effet. Enfin on y a recours dans toutes les plaies récentes, et dans quelques cas de phlegmasies extérieures, circonscrites, dont on veut obtenir la résolution prompte ou prévenir la suppuration. Il diminue l'irritabilité et la chaleur de la partie de la peau sur laquelle on l'applique, il repousse presque tout le sang qui parcourt le système capillaire immédiatement soumis à son action, et ces effets se propagent jusqu'aux parties sous-jacentes. Mais si son application est passagère, une vive réaction a lieu dans les tissus qui ont été soumis à son influence, le sang y revient avec une force proportionnelle à celle qui l'en avait chassé, l'irritabilité s'y rétablit et s'exalte, et l'irritation, que l'on avait momentanément calmée, reparaît avec une plus grande intensité. De là le précepte important d'employer le froid d'une manière continue jusqu'à ce que l'irritation contre laquelle on le dirige soit dissipée, et celui non moins essentiel de ne ramener les parties que par degrés à la température ambiante. Un second inconvénient accompagne son emploi : comme tous les agens qui diminuent l'action organique d'une partie, il l'augmente dans d'autres, et cet effet est d'autant plus marqué que le topique réfrigérant est à une plus basse température. On doit donc éviter d'employer un froid trop vif d'abord, si le malade, outre l'irritation aiguë pour laquelle on le traite, est porteur d'une phlegmasie chronique dans un autre organe, ou si seulement il a un organe trop irritable, le poumon, par exemple. Un praticien prudent devra, dans ces cas, commencer par appliquer de l'eau dont la température s'éloigne peu de celle de l'atmosphère, et n'en augmentera que graduellement le degré de froidure ; cette conduite est même préférable dans presque tous les cas. Que faut-il penser dès-lors des affusions froides? Le bain chaud dans lequel on tient le corps du malade plongé, tandis que l'on verse l'eau froide

sur la tête, contre-balance le danger de leur effet trop brusque, mais elles exposent aux funestes inconvéniens de la réaction. Cependant elles produisent d'excellens effets, surtout dans certaines folies, peut-être par cette réaction même; elles ont été quelquefois utiles dans les inflammations de l'arachnoïde. On ne peut donc pas les proscrire, mais la plus grande prudence doit présider à leur emploi. En général, de quelque manière que l'on applique le froid, ses avantages et ses inconvéniens sont d'autant plus grands qu'il est plus vif et plus brusquement appliqué et retiré, et son efficacité et le danger d'autant moindres qu'il est plus faible, et mieux gradué dans son application et la cessation de son emploi. Un froid moyen doit donc être préféré dans le plus grand nombre de cas. Des linges trempés dans l'eau froide ou dans un mélange réfrigérant, de la glace pilée et renfermée dans une vessie, ou sous une capsule si l'on veut agir sur une petite surface, les affusions froides sur la tête, le corps étant plongé dans un bain chaud, les bains froids ordinaires ou par immersion, tels sont les modes les plus usités d'employer le froid à l'extérieur (1).

L'action du bain froid est la même que celle du froid appliqué localement, c'est-à-dire qu'il diminue l'irritabilité de la peau et refoule, pour ainsi dire, vers les organes intérieurs le sang qui parcourt le système capillaire de la périphérie. Mais il agit sur une plus grande surface, il exerce une forte sédation sur tout le système nerveux, dont il diminue l'irritabilité, et comme son application est toujours de courte durée, une vive réaction à la peau en est la suite constante. Il produit donc deux effets, la sédation du système nerveux, et une révulsion à la peau. Cette double action le rend d'une ressource précieuse dans beaucoup de cas, et principalement dans ces affections dont le caractère consiste surtout dans l'exaltation d'une por-

(1) Consultez la brochure du docteur Tanchou, intitulée : *Du froid, et de son application dans les maladies*. Paris, 1824.

tion plus ou moins étendue du système nerveux, telles que l'hystérie, l'épilepsie et l'asthme convulsif. Mais ce moyen ne peut pas être employé chez tous les individus ; il est dangereux chez les vieillards, les êtres faibles, ceux qui naturellement possèdent peu de chaleur, et tous ceux qui sont atteints d'une phlegmasie chronique dans les organes pectoraux, le péritoine, les articulations. Le défaut de résistance et de réaction bien complète, chez ces individus, les expose à des congestions funestes, à des irritations chroniques et même aiguës des membranes muqueuses, séreuses, et des articulations, ou les jette dans un état de faiblesse dont on les retire difficilement. La température ordinaire des bains froids est de douze à vingt degrés (centigrades); on ne les emploie pas au-dessous de cette température ; le malade ne doit pas y séjourner plus d'un quart d'heure. Le bain frais pris dans l'eau courante est avantageux pour le maintien de la santé, mais il n'a que peu d'influence sur les maladies; cependant on le conseille dans les mêmes cas que le bain froid, lorsque la maladie est légère ou que le malade ne peut pas supporter celui-ci; il est utile aussi dans quelques irritations chroniques de la peau, et dans celles des voies digestives.

Le bain chaud ou tiède est celui dont la température ne dépasse pas trente à trente-quatre degrés (centigrades); il épanouit la peau, diminue l'irritabilité générale, et introduit par la voie de l'absorption une quantité assez notable d'eau dans l'économie. On peut le charger de principes médicamenteux : les émolliens, les narcotiques et le soufre, sont ceux que l'on y ajoute le plus ordinairement. Il est peu d'inflammations et de névroses dans lesquelles il ne soit utile, et à peine quelques individus auxquels il ne convienne. Sa durée doit rarement être moindre d'un quart d'heure, le plus communément elle est d'une heure, et quelquefois de trois et quatre heures et même plus. On doit éviter avec le plus grand soin le contact de l'air froid en sortant du bain chaud, s'essuyer avec des linges

secs et chauds, et, s'il est possible, se livrer à quelques heures de sommeil. Les convalescens de toutes les maladies d'irritation doivent prendre un ou deux bains tièdes, aussitôt que les forces le leur permettent.

Enfin, les bains de vapeur sont surtout employés dans les irritations chroniques de la peau, les phlegmasies articulaires, et les inflammations des gros troncs nerveux ; leur action est donc encore asthénique. On les charge également de principes médicamenteux, émolliens, narcotiques, etc. Nous ne nous étendrons pas davantage sur l'emploi des bains, et nous renvoyons pour de plus grands détails aux articles des divers dictionnaires de médecine, et à l'ouvrage de M. Rapou (1).

Tous les médicamens à propriétés émollientes, narcotiques, sédatives et astringentes, dont il a été question jusqu'ici, peuvent être et sont fréquemment employés à l'intérieur sous forme de boissons, ou dans une petite quantité de véhicule et sous forme de potions. En général, les boissons aqueuses abondantes, chargées d'un principe gommeux, mucilagineux ou féculent, conviennent dans toutes les irritations aiguës ; elles agissent par l'eau qu'elles introduisent dans le torrent circulatoire, laquelle diminue les propriétés existantes du sang, et par conséquent un des élémens de l'irritabilité générale. Elles agissent en outre, par les substances médicamenteuses qu'elles contiennent, soit par absorption, soit par sympathies, ou directement et comme topiques, pour ainsi dire, lorsque la membrane muqueuse gastro-intestinale est le siége de l'irritation. Il en est de même des narcotiques, qui, dans ce dernier cas, cependant, sont presque toujours nuisibles. Les boissons froides, glacées, acidules, conviennent surtout dans les inflammations vives des voies digestives, et dans tous les cas d'hémorrhagie : enfin les boissons astringentes jouissent des mêmes

(1) *Traité de la méthode fumigatoire*, ou *de l'Emploi médical des bains de douches de vapeurs*. Paris, 1824 ; 2 vol. in-8°, fig.

propriétés, produisent les mêmes effets, et sont par conséquent employées dans les mêmes circonstances que les topiques astringens. Nous n'avons donc rien à ajouter à ce que nous avons dit précédemment de ceux-ci.

Parmi les médicamens asthéniques que l'on administre à l'intérieur, soit dans les tisanes, soit en potions, il en est quelques-uns qui réussissent surtout dans les irritations nerveuses; et comme un des symptômes dominans de ces irritations est le spasme, on les a nommés *anti-spasmodiques*. Leur action sur l'irritabilité du système nerveux paraît être directe; tous la diminuent; mais comme ils stimulent la partie sur laquelle on les dépose, qui est toujours l'estomac ou le gros intestin, leur efficacité dépend de l'état de ces organes; s'ils sont trop irrités, les anti-spasmodiques les irritent davantage, et ne produisent plus leur effet accoutumé. La plupart de ces médicamens ont une odeur forte : exemple, les éthers, l'assa-fœtida, le musc, le castoréum, la valériane; c'est chez les femmes surtout qu'on les emploie plus fréquemment.

Médication asthénique, indirecte ou révulsive.

Nous avons vu précédemment qu'une irritation forte en fait toujours cesser une plus faible. *Duobus laboribus*, etc. Toute la médication révulsive repose sur cette loi. Produire une irritation artificielle sur un tissu, dans l'intention de détruire l'irritation qui en occupe un autre, c'est essayer une *révulsion*. Tous les agens qui produisent de la douleur, stimulent et irritent, peuvent donc devenir des *révulsifs*, et leur effet stimulant prend le nom de *révulsion*, lorsque l'irritation qu'ils ont fait naître dans un tissu a fait disparaître celle qui existait dans un autre.

Cette médication est d'un emploi presque aussi général que la précédente, et très-souvent elles est l'unique ressource lorsque celle-là a perdu son efficacité. Mais elle peut avoir des

effets funestes lorsqu'elle n'est pas appliquée par une main exercée ; il importe donc d'exposer avec soin les règles de son emploi.

Les révulsifs sont très-utiles : 1° à la fin des irritations aigues qui ont été combattues par la médication asthénique, lorsqu'elles menacent de passer à l'état chronique ; 2° dans toutes les affections chroniques, lorsqu'elles n'excitent presque plus de sympathies ; 3° dans tous les cas où il s'agit de rappeler une irritation à son ancien siége, en même temps qu'on la combat par les débilitans dans l'organe qu'elle a envahi le dernier. Il suffit d'énoncer cette loi pour que son exactitude frappe tous les esprits : sa simplicité rend en même temps tout commentaire inutile.

La peau, la membrane muqueuse des voies digestives, tous les organes sécréteurs, et principalement les reins, sont les parties sur lesquels on opère les révulsions. C'est à la peau surtout que s'appliquent les plus puissans révulsifs : tels sont, les rubéfians, les vésicans, les ventouses, les escarrotiques, les sétons, les caustiques et le feu. Ils sont très-efficaces contre les phlegmasies chroniques des viscères. Ce ne sont pas là toutefois les seuls révulsifs que l'on dirige vers la surface cutanée, car les sudorifiques, les bains de vapeur et les frictions, appartiennent à la même classe de moyens.

La surface étendue de la membrane muqueuse gastro-intestinale est, après la peau, le tissu sur lequel on opère le plus grand nombre de révulsions. Ces révulsions sont aussi très-puissantes, en raison de la grande influence de cette membrane sur tous les autres organes, et parce que la stimulation y détermine un appel très-considérable de fluides. Le médecin ne doit donc pas les négliger, mais il ne doit pas oublier non plus que le danger de produire des inflammations graves suit leur emploi. On y a recours dans un grand nombre d'affections, mais principalement dans les phlegmasies chroniques de la peau, maladies dans lesquelles les révulsions tentées sur les

portions saines de la surface cutanée, sont en général suivies d'assez mauvais effets.

Enfin, les organes sécréteurs offrent aussi une ressource pour l'emploi des révulsifs. Le foie et les reins sont à peu près les seuls cependant auxquels on applique cette médication ; nous signalerons en temps et lieu les circonstances dans lesquelles on doit y avoir recours.

Les révulsions qui s'exercent sur la peau, doivent toujours être opérées dans les points qui sympathisent avec les organes irrités. Il faut excepter les cas dans lesquels il s'agit de rappeler une irritation intérieure disparue, on applique alors les révulsifs avec beaucoup plus de succès sur la partie qu'elle occupait primitivement. Il existe une seconde exception pour les irritations du cerveau et de ses membranes ; dans ces irritations, on place avec avantage les révulsifs sur les extrémités inférieures.

Pour être efficace, l'irritation révulsive doit être plus forte que l'irritation morbide. Mais il ne faut pas juger de l'intensité de la première seulement par la douleur qui l'accompagne ; elle peut être infiniment moins douloureuse que celle qu'elle déplace, et cependant être plus forte ; il suffit pour cela que l'appel des liquides soit beaucoup plus considérable, ou que la surface que l'on irrite soit plus étendue que la surface malade. C'est ainsi qu'une sueur abondante, ou un large vésicatoire, qui ne produit pas la moindre douleur, mais qui détermine un afflux considérable de sérosité, sont des irritations plus fortes que la pleurésie aiguë, mais circonscrite, qu'elles font disparaître. C'est encore ainsi qu'une éruption cutanée qui ne cause que de la démangeaison à la peau, est cependant une irritation plus forte que la phlegmasie gastro-intestinale dont elle opère la révulsion. Si le prurit de toute l'éruption cutanée et l'injection sanguine qui l'accompagne, étaient rassemblés dans un espace aussi restreint que celui de la phlegmasie intérieure, il en résulterait une inflammation bien certainement supérieure à celle-ci. C'est en

quelque sorte une révulsion disséminée qui a lieu dans ce cas : ce sont les plus favorables, car en général les révulsions très-douloureuses nuisent plus qu'elles ne sont utiles.

Les irritations du système fibro-séreux, celles des membranes séreuses, sont de toutes les plus faciles à révulser ; celles de la membrane muqueuse des voies aériennes dans toute son étendue, viennent ensuite. Au contraire, les phegmasies du tissu cellulaire, des organes épais, et de la membrane muqueuse gastro-intestinale, cèdent très-difficilement à la révulsion. La nature, la marche et l'ancienneté des irritations, influent aussi sur la facilité ou la difficulté de la révulsion : ainsi, les hémorrhagies, les névroses, les irritations intermittentes et les irritations récentes, sont plus aisément déplacées par les révulsifs que les irritations inflammatoires, continues, et celles qui sont anciennes. Enfin, plus le malade est robuste, dit le docteur Goupil (1), plus l'organe affecté joue un rôle important dans l'économie, plus son irritation est vive, plus aussi la révulsion est difficile, *et vice versâ.*

On doit toujours seconder l'efficacité des révulsifs par l'usage des délibitans dirigés sur l'organe irrité. Cette proposition n'a pas besoin de développemens.

Le choix des révulsifs n'est pas indifférent. *Dans les affections légères et récentes, dans les irritations aiguës qui exigent un effet prompt, on emploie des révulsifs dont l'action est rapide et presque toujours de courte durée.* Au contraire, *dans les irritations anciennes, on a recours à des révulsions profondes et permanentes, parce que l'organisation des tissus depuis long-temps irrités a toujours subi des altérations considérables, et ne peut revenir à son état normal que par une action forte, continue et prolongée.* La nature même du ré-

(1) Consultez l'excellente thèse de ce médecin sur la révulsion, et son *Exposition de la nouvelle doctrine médicale*, pages 209 et suivantes. La plupart des préceptes sur la révulsion que nous exposons ici, sont empruntés à ce travail remarquable.

vulsif doit être prise souvent en considération : ainsi, les sangsues doivent être préférées lorsqu'il s'agit en même temps de détruire une irritation et de rappeler un écoulement sanguin supprimé; le vésicatoire est contre-indiqué dans les irritations des voies urinaires, en raison de l'action des cantharides sur ces parties, les ventouses sèches et scarifiées ont au contraire une sorte d'efficacité contre ces mêmes irritations; le moxa ou le cautère actuel sont préférables aux cautères et aux sétons, lorsque l'irritation à révulser, à arracher (*revellere*), occupe un organe doué de peu de vitalité, comme les os; enfin, suivant les cas, les vomitifs méritent la préférence sur les purgatifs, et réciproquement. Mais quelques détails sur ces deux derniers révulsifs deviennent ici nécessaires.

L'action des vomitifs peut être rangée dans le nombre des révulsions disséminées. En effet, ils agissent non seulement sur toute la membrane muqueuse de l'estomac, mais encore sur toute l'étendue de celle des intestins, avec laquelle l'eau qui leur sert de véhicule les met partout en contact, et de plus sur la peau; ils déterminent une abondante sécrétion de mucosité, de bile, probablement de liquide pancréatique, et une sueur générale toujours assez copieuse. Or, il est évident que si l'excitation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, du foie, du pancréas et de la peau, qui a été nécessaire pour produire cette sécrétion considérable de fluides de toute espèce, était accumulée sur une surface aussi circonscrite que celle qu'occupe l'irritation morbide, elle la surpasserait de beaucoup en intensité, car on n'emploie jamais impunément les vomitifs dans les inflammations intenses. On ne peut donc douter que ce ne soit une véritable révulsion que ces agens produisent; mais elle a lieu en majeure partie sur la membrane muqueuse gastro-intestinale, puisque c'est sur elle qu'agit le médicament, et que l'irritation du pancréas et du foie sont sympathiques. Une trop grande irritabilité de cette membrane, et *a fortiori* son état d'irritation, sont

donc les premières contre-indications à l'emploi des vomitifs. Et cependant c'est précisément dans son inflammation qu'on les a le plus préconisés. M. Broussais a démontré les dangereux effets de cette pratique incendiaire basée sur des théories ridicules, et peu de médecins la suivent aujourd'hui. Elle a pourtant été couronnée par le succès dans quelques cas que nous essaierons de déterminer en traitant de la gastro-entérite. Les autres contre-indications sont : le tempérament sanguin et la pléthore, la première enfance et la vieillesse, en raison de la facilité des congestions cérébrales dans ces circonstances, congestions que les efforts de vomissement suffisent seuls parfois pour déterminer. Une irritation de cerveau déjà existante, ou une apoplexie, en contre-indiquent à plus forte raison l'emploi. Le tempérament nerveux qu'ils exposent à des convulsions, l'écoulement des règles qu'ils suppriment ou changent en perte, l'état de grossesse en raison du danger de l'avortement ou des pertes, l'écoulement des lochies et toute la durée des couches en général, parce qu'ils exposent à la suppression des premières et à des inflammations graves des viscères abdominaux et principalement du péritoine; l'état d'inflammation de cette membrane qu'aggravent toujours, et que peuvent même faire naître lorsqu'elle n'existe pas encore, les contractions des muscles abdominaux nécessaires à l'accomplissement de l'acte du vomissement; la phlegmasie aiguë du foie; toutes les inflammations aiguës en général ; les hémorrhagies et principalement l'hémoptysie qu'ils augmentent; la seule prédisposition à cette dernière hémorrhagie qu'ils provoquent quelquefois; les anévrysmes du cœur et des gros vaisseaux, dont les efforts de vomissement peuvent déterminer la rupture, les hernies, réduites, irréductibles, et étranglées, toutes ces circonstances s'opposent à l'emploi des vomitifs (1).

Quels sont maintenant les cas où ces médicamens sont utiles?

(1) Goupil, *ouvrage cité*.

Quelques médecins prétendent que ces cas sont nombreux, mais c'est en vain qu'on leur demande d'en préciser quelques-uns, comme nous venons de le faire pour ceux où ils nuisent. Sans doute les vomitifs ont produit des guérisons nombreuses, mais bien plus fréquemment encore ils ont exaspéré le mal, et jusqu'ici on ignore la plupart des circonstances qui rendent leur emploi favorable ou sans danger. Il paraît toutefois qu'ils procurent la guérison prompte de certains érysipèles, surtout de la face, que n'accompagnent aucuns symptômes d'irritations cérébrale ni gastrique, et de ceux dans lesquels la langue se montre jaune et limoneuse sans rougeur à son limbe, la chaleur et la douleur épigastriques nulles, avec amertume de la bouche et rapports nidoreux. Ils réussissent aussi dans cet état des voies digestives non accompagné d'érysipele, et dans l'angine avec ces mêmes symptômes. Enfin, les circonstances suivantes en favorisent l'emploi, telles sont : l'embonpoint, la mollesse des chairs, le tempérament lymphatique et peu irritable, les saisons et les contrées froides et humides.

Ce que nous venons de dire du mode d'action des vomitifs est applicable aux purgatifs : c'est en opérant une révulsion sur une surface très-étendue et très-sensible, qu'ils agissent. La membrane muqueuse des intestins, et principalement celle du colon, étant le siége de leur action, leur emploi est d'abord contre-indiqué par l'irritabilité trop grande ou l'irritation de cette partie. Il l'est également par l'écoulement des règles, la grossesse, le temps des lochies, les inflammations aiguës en général, toutes les hémorragies et surtout l'hématémèse, le flux hémorrhoïdal, et la métrorrhagie. Mais les purgatifs, lorsqu'ils ne sont pas trop violens, entraînent de beaucoup moins graves inconvéniens que les vomitifs, et sont d'une utilité incontestable dans un assez grand nombre de cas. Administrés à petites doses et d'une manière continue, lorsque la membrane muqueuse intestinale est parfaitement saine,

ils exercent une révulsion salutaire dans beaucoup d'affections chroniques. L'ophthalmie rebelle, l'otite, quelques phlegmasies chroniques de la peau, les cancers des glandes mammaires, sont particulièrement dans ce cas. Donnés à doses purgatives ordinaires, ils sont utiles dans quelques constipations opiniâtres, celle qui accompagne la péritonite chronique, par exemple, celle des vieillards, et dans le cas où des matières se sont accumulées dans le gros intestin. Mais, dans toutes ces circonstances, leur action n'est plus révulsive, elle est seulement évacuative. Enfin, il est même quelques cas dans lesquels des purgatifs drastiques ont procuré des guérisons rapides, mais ces cas sont indéterminés, et le médecin qui parviendra à les préciser rendra peut-être un grand service à la science.

On doit s'abstenir des révulsifs dans toutes les irritations aiguës, dans celles qui occupent de larges surfaces, dans toutes celles de la membrane muqueuse gastro-intestinale, soit aiguës, soit chroniques, et chez tous les individus très-irritables. Dans tous ces cas, l'irritation artificielle, impuissante pour faire cesser l'irritation morbide, ajoute toute son intensité à l'intensité de celle-ci. Cependant on les emploie, en même temps que les évacuations sanguines, il est vrai, dans les irritations les plus aiguës du cerveau et des méninges, mais nous pensons que l'on en fait encore un trop fréquent usage dans ces irritations. On y a recours aussi dans quelques phlegmasies intenses, chez les sujets très-faibles et lorsque les congestions étant très-rapide, la peau est froide, le pouls petit, serré, concentré. Une seule saignée pourrait être suivie de la mort en peu de temps, tandis que précédée par les révulsifs qui réchauffent la peau, si on les a fait agir sur une large surface, et donnent au pouls de la force et du développement, elle produit tout l'effet avantageux qu'il est permis d'en attendre dans les phlegmasies intenses. Enfin, on se sert quelquefois des révulsifs dans quelques irritations chroniques de la membrane

muqueuse gastro-intestinale, principalement dans celles de l'estomac et du gros intestin qui sont anciennes et menacent d'une prochaine désorganisation. Mais on doit préférer, dans ces cas, les révulsifs les moins douloureux et n'en user qu'avec réserve.

Les révulsions sont quelquefois spontanées (Voyez *Crises* et *métastases*). On a fait pendant long-temps un précepte de les attendre. Aujourd'hui que ces phénomènes sont mieux connus, presque tous les médecins s'accordent sur la nécessité de combattre toutes les phlegmasies, sans attendre des révulsions qui peuvent s'opérer sur des organes plus importans que celui qui est primitivement irrité; et ceux-là même qui ne partagent pas cette opinion agissent comme s'ils en reconnaissaient la vérité. Ce n'est que lorsque l'irritation occupe un organe peu important, et qu'elle est peu intense, que le médecin peut attendre les révulsions spontanées; mais dans ces circonstances elles n'ont presque jamais lieu. On a long-temps aussi agité la question de savoir s'il fallait les provoquer. C'est demander s'il faut exciter des révulsions: la réponse est à chaque paragraphe de ce chapitre. Enfin, on a demandé s'il fallait respecter les crises et les métastases, c'est-à-dire les révulsions spontanées. Nul doute qu'on ne doive le faire lorsque la révulsion s'opère sur un organe moins important que celui où siége l'irritation primitive, puisqu'il en doit résulter un avantage pour le malade; mais, par la raison contraire, on doit s'y opposer, lorsqu'elles ont lieu sur une partie plus importante que la première.

Il serait superflu de s'arrêter à expliquer le mode d'action des révulsifs; son évidence frappe tous les yeux; une irritation artificielle en fait cesser une autre : il suffit d'exprimer le fait.

Médication asthénique empirique.

Toute médication dont le mode d'action n'est pas connu est empirique : tous les stimulans qui n'agissent ni comme astringens, ni comme révulsifs, et cependant détruisent des irritations, en font partie. Nous citerons pour exemples le mercure, les sels d'or et ceux de platine contre les irritations syphilitiques, l'iode contre les irritations chroniques de la thyroïde et de quelques glandes, le soufre et autres stimulans contre la gale, le vésicatoire appliqué au centre d'une irritation dartreuse, le quinquina contre les irritations intermittentes.

Quelques médecins prétendent que ces stimulans guérissent en produisant des révulsions. Nous avouons ne pas comprendre comment un irritant peut révulser l'inflammation sur laquelle on l'applique, s'il ne produit pas des sécrétions abondantes, comme les vomitifs et les purgatifs. Or, cet effet n'a lieu par l'emploi d'aucun des agens que nous avons nommés. On a dit pour expliquer la guérison d'une dartre par l'application d'un vésicatoire à son centre, que cet irritant révulsait l'irritation des vaisseaux blancs sur les vaisseaux rouges; ce n'est évidemment là qu'une hypothèse sans fondement. Nous ne chercherons pas à la remplacer par une autre, même plus plausible, et nous dirons avec M. Goupil : « Ces faits existent, contentons-nous de les constater et de les faire tourner au profit de la thérapeutique (1). »

Le mercure, le soufre, l'iode et le quinquina sont regardés par quelques médecins comme des *spécifiques*. Mais, d'un côté, chacun de ces médicamens est applicable à plusieurs irritations; d'autre part, les irritations contre lesquelles on les dirige plus spécialement guérissent aussi par d'autres agens; ils ne sont donc pas spécifiques, dans la rigoureuse acception de ce mot.

(1) *Ouvrage cité*, page 231.

Nous les nommerons cependant quelquefois ainsi, mais pour exprimer seulement que le mercure guérit la syphilis, le soufre la gale, l'iode le goître, et le quinquina les irritations intermittentes, plus fréquemment que ne le font les autres agens thérapeutiques.

Il est impossible d'établir des préceptes généraux sur l'emploi de ces médicamens, puisque, propriétés, doses, et mode d'administration, diffèrent pour chacun d'eux. Nous dirons toutefois qu'une trop grande irritabilité, et à plus forte raison l'état d'irritation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, s'opposent à leur administration intérieure, et que l'on doit, dans ce cas, ou bien en suspendre l'emploi, ou chercher une autre voie pour les administrer.

Médicamens spéciaux.

Il existe un certain nombre de médicamens, qui, par quelque voie qu'on les administre, vont exercer leur influence sur un organe particulier, toujours le même pour chacun d'eux. Les uns agissent en irritant les organes qui ressentent leurs effets; tels sont : la noix vomique ou la strychine, qui stimule la moelle épinière; le café, qui excite le cerveau; l'émétine et l'émétique, qui agissent principalement sur l'estomac, dont ils provoquent les contractions; certains drastiques qui purgent alors même qu'on les applique sur la peau; les cantharides, le nitrate de potasse et toutes les plantes qui en contiennent, dont l'action irritante se porte principalement sur les voies urinaires; la rhue, la sabine, le safran, le seigle ergoté, etc., qui augmentent l'action de l'utérus. Les autres diminuent au contraire l'action des organes qu'ils influencent; tels sont : l'opium pour le cerveau, l'acide hydrocyanique pour la portion du système nerveux qui préside à la respiration, la digitale pour le cœur, le camphre pour la vessie, et la térébenthine pour l'urètre. Nous nommons *spéciale* l'action de tous ces agens.

Avant de produire les effets particuliers que nous signalons, tous ces médicamens exercent une action stimulante plus ou moins intense sur le tissu sur lequel on les dépose. Ce tissu est presque toujours la membrane muqueuse gastrique. Si cette membrane est saine et le médicament administré aux doses convenables, l'effet spécial est seul produit, et l'action stimulante locale est insensible. Mais si la membrane est trop irritable ou irritée, ou si le médicament est donné à dose trop forte, l'action stimulante locale devient appréciable, et l'irritation de la membrane se manifeste ou s'accroît. Alors il arrive, tantôt que cette irritation empêche le second effet, celui que nous appelons spécial, tantôt qu'elle le rend inverse de ce qu'il devrait être, et quelquefois enfin, que les deux effets sont produits en même temps, et que l'un ou l'autre prédomine. C'est ainsi que, déposés sur un estomac irrité, le nitrate de potasse, la sabine, etc., accroissent l'irritation de cet organe, sans produire aucun effet sur la vessie et l'utérus; la digitale l'augmente également, et en même temps au lieu de ralentir les contractions du cœur, elle les accélère. La noix vomique exaspère aussi l'inflammation de l'estomac, et n'en provoque pas moins la stimulation de la moelle épinière. Quelle conséquence thérapeutique tirerons-nous de ces faits? la suivante; savoir, que *pour obtenir d'un médicament à propriété spéciale son effet naturel bien isolé, la première condition est de le déposer dans un estomac sain, et à des doses proportionnées à l'irritabilité de cet organe.* Cet important axiôme est encore une de ces grandes vérités dont on doit la découverte au génie de M. Broussais.

Mais une autre cause peut faire varier ou changer entièrement l'effet des médicamens à propriété spéciale; c'est l'état dans lequel se trouve l'organe sur lequel leur action va aboutir. Contre l'insomnie produite par l'inflammation du cerveau ou de l'arachnoïde, c'est en vain que l'on dirigera l'opium à petites ou à fortes doses, l'insomnie ne fera que s'accroître

davantage, ou bien l'inflammation cérébrale, exaspérée par ce médicament, produira un coma funeste, que l'on ne comparera pas sans doute au sommeil que l'on désirait obtenir. Voilà ce qui nous explique peut-être pourquoi des doses énormes de ce médicament restent sans aucun effet dans le tétanos. Il en sera de même encore de l'administration du nitrate de potasse si les reins sont enflammés, et de celle de la rhue s'il existe une phlegmasie de l'utérus Vainement on espérera, par ces médicamens, déterminer l'écoulement abondant des urines ou le retour des menstrues, on ne fera qu'augmenter l'inflammation néphrétique ou utérine. Enfin, on a cru remarquer que l'acide hydrocyanique, administré dans les phlegmasies chroniques du poumon, diminuait souvent beaucoup la toux, mais que la désorganisation n'en marchait qu'avec plus de rapidité; et chacun sait que la strychnine est impuissante contre les paralysies qui dépendent d'une inflammation ou d'une compression du cerveau ou du cordon rachidien, qu'elle les aggrave au contraire, ou y joint de nouveaux accidens, etc. Que conclure de ces faits? que l'*état inflammatoire de l'organe sur lequel un médicament exerce une action spéciale, en contre-indique l'emploi*. Le camphre fait-il exception? nous avons peine à le croire, quoique tous les auteurs le conseillent dans les inflammations de la vessie et de l'urètre. On pourrait peut-être élever une autre question sur ce médicament, et demander si son action spéciale sur la vessie est bien démontrée; mais la térébenthine forme une exception.

Considérés dans leurs résultats, les médicamens que nous venons d'examiner produisent toujours, ou des effets asthéniques directs ou indirects, ou des stimulations. Ils n'ont donc rien, sous ce rapport, qui les distingue des autres agens thérapeutiques. La seule particularité qu'ils présentent, est d'agir chacun sur un organe à l'exclusion des autres, mais pour le débiliter ou en combattre l'asthénie : il n'existe donc pas de médication spéciale, mais seulement des médicamens spéciaux.

Régime (1).

Le régime n'est pas la partie la moins importante du traitement des irritations; mal dirigé, il peut détruire tous les bons effets du traitement le plus rationnel; habilement calculé, au contraire, il suffit pour guérir seul plusieurs maladies. Il consiste dans l'emploi de tous les moyens hygiéniques, et principalement dans celui des alimens.

Dans la plupart des irritations aiguës, les malades doivent respirer un air frais, pur, fréquemment renouvelé; ils doivent être isolés ou rassemblés en plus petit nombre possible dans la même chambre; il faut entretenir autour d'eux la plus grande propreté, soit en les changeant fréquemment de linge, soit en écartant promptement d'auprès d'eux toutes les matières excrétées : il importe de les coucher mollement, mais jamais sur la plume; de retrancher tous les alimens, même les bouillons, lorsque l'irritation est intense, et en général pendant la durée de la plupart des irritations aiguës; d'écarter la lumière trop intense, le bruit, les odeurs fortes, et toutes les affections morales vives; d'interdire les conversations prolongées et toute contention, même légère, de l'esprit; et enfin de favoriser le sommeil par les moyens convenables, s'il ne vient pas naturellement. Il existe bien peu d'exceptions à ces préceptes généraux; seulement, la température doit être douce plutôt que fraîche, lorsque le malade est atteint d'une phlegmasie du poumon ou de la plèvre, ou des articulations, ou d'une éruption cutanée; il faut accorder quelques alimens légers et en petite quantité lorsque l'irritation aiguë se prolonge et qu'elle n'a pas son siége dans les voies gastriques; les odeurs fortes sont quelquefois utiles dans les irritations nerveuses; enfin, il faut

(1) *Traité d'Hygiène*, etc., par Ch. Londe, etc. Nous ne saurions trop recommander la lecture de cet ouvrage.

s'abstenir de provoquer le sommeil dans les irritations aiguës de l'encéphale.

Une température peu élevée convient encore dans quelques irritations chroniques : telles sont celles de l'encéphale, de l'estomac, du foie et de la peau; mais en général la chaleur est plus avantageuse dans les affections de ce degré, surtout dans celles des poumons et des articulations. Aussi doit-on conseiller aux malades atteints des premières les voyages dans les pays du nord, s'ils peuvent les entreprendre; et à ceux qui sont affectés des secondes et de la plupart des autres irritations chroniques, l'habitation dans les contrées méridionales et l'usage des vêtemens de flanelle. Mais l'alimentation est surtout le point principal du régime et même du traitement de toutes les irritations chroniques. Nourrir peu, ne permettre que de petits repas dont la digestion ne puisse pas fatiguer l'estomac; plutôt les multiplier que consentir à un seul trop copieux dans les vingt-quatre heures; choisir les alimens parmi les substances les moins excitantes, comme le lait, les fruits, les fécules, les végétaux, le poisson et les viandes blanches; bannir par conséquent l'usage du vin pur, du café, des liqueurs, des viandes de gibier, de boucherie et de charcuterie : telles en sont les bases. L'exercice modéré, à pied, à cheval, en voiture, ou sur l'eau, est aussi très-utile dans la plupart des irritations chroniques. Il en est de même des frictions et des bains. Ces derniers cependant sont peu avantageux et quelquefois nuisibles dans les irritations chroniques des organes pectoraux et des articulations. Enfin, les voyages et les distractions concourent efficacement à la guérison de la plupart des irritations chroniques. Quant aux soins de propreté, ils ne sont pas moins indispensables dans les affections chroniques que dans celles qui sont aiguës.

Le régime des irritations intermittentes doit se rapprocher d'autant plus de celui des irritations aiguës, que leurs accès sont plus forts, plus longs, et reviennent à de plus courts intervalles. La diète doit par conséquent être absolue, si l'irritation

intermittente est quotidienne et intense, à plus forte raison si elle est rémittente; au contraire, il participe de celui des irritations chroniques dans les circonstances opposées.

Moyens thérapeutiques de l'irritation.

Nous avons fait connaître les diverses méthodes du traitement de l'irritation directe et sympathique, et les modifications qu'elles reçoivent des âges, des sexes, des tempéramens et des idiosyncrasies des individus, et de la nature, du degré et du type de l'irritation elle-même. On les combine, on les emploie simultanément ou successivement dans la plupart des irritations, et il est telle de ces maladies qui les réclame toutes pour sa guérison. Dirigées contre des inflammations, on les comprend sous la dénomination commune de méthode *anti-phlogistique*, et l'on nomme *anti-phlogistiques* tous les moyens qui la composent, c'est-à-dire presque tous ceux dont nous avons précédemment étudié le mode d'action. Cependant on désigne plus spécialement sous ce nom les moyens qui font partie de notre médication asthénique directe, tels que les saignées, les émolliens, les narcotiques, etc.; tandis que les révulsifs et la plupart des médicamens à propriétés spéciales sont réunis sous le nom de *stimulans*. La division que nous avons établie nous paraît plus rationnelle, mais nous emploierons souvent les expressions ci-dessus dans le sens qu'on leur donne généralement. Il nous reste maintenant, pour compléter la thérapeutique générale de l'irritation, à entrer dans quelques détails sur la manière d'employer ou d'appliquer quelques-uns des moyens qui la composent : tels sont, la saignée générale, l'application des sangsues, l'emploi du bdellomètre, les ventouses, l'acupuncture, les mouchetures, les scarifications, l'incision, la compression, les embrocations, fomentations et cataplasmes, les frictions, les sinapismes, le vésicatoire, le cautère, le séton et le moxa.

De la saignée. On appelle ainsi toute évacuation artificielle

de sang veineux ou artériel; on nomme *phlébotomie* ou saignée proprement dite, celle qui se fait par l'ouverture d'une veine, et *artériotomie* celle que l'on pratique en ouvrant une artère. Nous avons déjà dit que l'on désignait collectivement la saignée des veines et celle des artères sous le nom de saignées générales, tandis que celles du système capillaire étaient désignées par la dénomination de saignées locales.

De la phlébotomie. C'est avec la lancette que l'on pratique en France l'opération de la phlébotomie. Cet instrument est trop connu pour que nous nous arrêtions à le décrire ici; nous dirons seulement qu'on l'appelle lancette à *grain d'orge* lorsque sa lame est fort large et sa pointe courte; lancette à *grain d'avoine* lorsque la pointe est plus allongée et la lame plus étroite; enfin, lancette en *pyramide* ou en *langue de serpent* lorsque la lame est très-étroite et la pointe très-effilée. Ces variétés dans la forme de l'instrument n'ajoutent rien à son utilité : la lancette à grain d'orge est presque la seule dont on se serve aujourd'hui, et peut suppléer aux deux autres. En effet, lorsque le vaisseau est superficiel, on est obligé, pour éviter de le percer de part en part, de porter l'instrument très-obliquement à la surface de la peau, et il est alors à peu près indifférent de se servir d'une lame large ou d'une lame étroite. Lorsqu'au contraire il est profondément situé, on doit, à mesure qu'il s'enfonce, plonger la lancette de plus en plus perpendiculairement sur lui; si on se sert alors d'une lame étroite, il faut en la retirant agrandir beaucoup l'ouverture des tégumens, afin que la plaie ait la forme requise, et il se passe toujours entre l'instant où la veine est piquée et celui où la section des tégumens est achevée, un certain espace de temps pendant lequel le sang s'échappant du vaisseau et trouvant au dehors une issue difficile, peut s'infiltrer dans le tissu cellulaire, tandis qu'on évite cet inconvénient en se servant d'une large lame qui ne peut pénétrer jusqu'au vaisseau qu'après avoir fait une large plaie aux tégumens.

La saignée est quelquefois suivie d'accidens auxquels le mauvais état de l'instrument a souvent beaucoup de part; il est par conséquent nécessaire de soigner convenablement celui-ci. On peut en émousser les tranchans et la pointe, en le fermant, en l'ouvrant, ou en le nettoyant sans précaution. Lorsqu'on l'ouvre ou qu'on le ferme, la lame ne doit, dans aucun cas, frotter contre la châsse. Il suffit, pour éviter cet inconvénient, de courber légèrement sur leur plat, et en sens inverse, les deux pièces dont celle-ci se compose, avant de les faire mouvoir pour découvrir la lame ou pour la cacher. Lorsqu'après s'en être servi on veut nettoyer la lancette, on fait verser de l'eau dessus, et on passe légèrement entre les doigts la châsse ouverte et la lame ; on place celle-ci sur une des moitiés de la châsse, afin que sa pointe et ses tranchans soient bien soutenus; on essuie, avec un linge doux et fin, celle de ses faces qui se trouve à découvert; on la place ensuite sur l'autre moitié de la châsse, préalablement essuyée ; on essuie la seconde face ; on essuie la première moitié de la châsse, et on continue jusqu'à ce qu'on soit certain que toutes les parties de l'instrument sont parfaitement sèches; alors on le ferme et on le place dans le *lancettier*.

On peut pratiquer la saignée sur toutes les veines superficielles qui sont d'un volume médiocre et susceptibles d'être soumises à une compression exacte. Trop profondes, elles ne peuvent être atteintes sans difficulté ou sans danger, et elles éludent la compression nécessaire pour y arrêter le cours du sang avant l'opération, et pour prévenir son écoulement au dehors, lorsque l'opération est terminée; trop petites, elles ne donnent pas une quantité suffisante de sang; et trop volumineuses, elles peuvent fournir une hémorrhagie grave. Enfin, il faut qu'elles ne soient point environnées d'artères, de nerfs, ou d'autres organes dont la lésion est dangereuse, et que l'on serait exposé à blesser en les piquant. On trouve au pli du bras, sur la base du pouce, autour des malléoles, au col, sur le front,

sous la langue, sur le dos de la verge et ailleurs, des veines qui remplissent toutes les conditions requises.

Outre une bonne lancette, le chirurgien qui veut pratiquer une phlébotomie quelconque doit se munir de quelques autres objets plus ou moins indispensables.

Tels sont :

1° Une bande, ou *ligature*, large de deux doigts, longue d'une aune, sans ourlets ni lisières. Cette pièce d'appareil que quelques-uns font encore en drap rouge, doit être en toile solide, parce que cette étoffe est plus facile que l'autre à nettoyer du sang qui peut l'imprégner, et que d'ailleurs, étant plus commune, chaque individu peut facilement s'en procurer une bande, ce qui évite aux malades le dégoût que leur inspire la bande de drap rouge imprégnée du sang d'autres individus, et surtout le danger de transmettre d'une personne à une autre certaines maladies contagieuses.

2° Une alèze pour garantir les vêtemens et le lit du malade.

3° Une bougie allumée pour éclairer les parties lorsque l'on n'opère pas à un beau jour.

4° Un vase d'une capacité connue pour recevoir le sang et mesurer la quantité que l'on en retire.

5° De l'eau tiède ou froide, et une éponge fine ou quelques linges à essuyer.

6° Une mouche de taffetas gommé.

7° Une compresse carrée pliée en plusieurs doubles.

8° Une bande de toile un peu plus longue que la première, pour faire le bandage compressif qui doit arrêter le sang après l'opération.

9° Des sels, du vinaigre ou quelques eaux spiritueuses, et un lit, en cas que la saignée détermine une syncope.

Il est nécessaire enfin d'être assisté d'une personne qui tient le vase dans lequel on reçoit le sang; et quand on s'éclaire avec une bougie, il faut une seconde personne pour la tenir.

Lorsqu'après avoir disposé les objets nécessaires, le chirur-

gien veut procéder à l'opération, il fait ordinairement asseoir le malade sur une chaise placée au jour d'une fenêtre, et procède à la recherche et au choix du vaisseau. Il s'aide de ses connaissances anatomiques pour étudier les rapports de celui-ci avec les organes voisins, s'assure par le toucher qu'aucun battement décelant une artère qui lui serait immédiatement appliquée ne se fait sentir, et qu'aucun tendon, qu'aucun os, n'est exposé à être heurté par la pointe de la lancette et à l'émousser ou à la rompre. Alors il établit sur le trajet de la veine, à peu de distance du lieu où il se propose de l'ouvrir, entre ce lieu et le cœur, et à l'aide de la ligature, qu'il serre modérément, une compression ordinairement circulaire, qui a pour effet de gonfler et de rendre cette veine plus apparente en retenant le sang dans son intérieur, et de forcer ce liquide à s'échapper par l'ouverture aussitôt qu'elle sera pratiquée; et, pour favoriser cet effet, il engage le malade à faire agir, si cela est possible, les muscles de la partie, laisse celle-ci dans une position déclive, ou même la prolonge dans l'eau chaude; en même temps il dispose l'alèze destinée à préserver les vêtemens ou le lit du malade, fait placer convenablement l'aide qui tient le vase qui doit recevoir le sang, et celui qui doit l'éclairer s'il est nécessaire. Enfin, lorsqu'il juge, à la résistance et à la tension du vaisseau, que celui-ci est assez plein, il ouvre la lancette de manière à ce que la lame et la châsse fassent un angle droit, la place entre les dents, le talon tourné du côté de la main qui doit opérer, exécute avec le dos de celle-ci quelques légères frictions dirigées des radicules vers le tronc veineux, afin de le remplir le plus possible, tandis qu'embrassant la partie de l'autre main, il en applique le pouce sur la veine qu'il veut ouvrir, de manière à fixer en même temps ce vaisseau et à tendre la peau qui le recouvre. Saisissant alors l'instrument qu'il tient à la bouche, de telle sorte que la lame soit tenue entre le pouce et le doigt indicateur, et la châsse dirigée en haut, il étend les trois derniers doigts pour prendre un point d'appui

surles parties voisines, fléchit les deux premiers, présente au vaisseau la pointe de l'instrument dans une direction d'autant plus oblique qu'il est plus profond, l'y plonge par la simple extension du pouce et de l'indicateur, et lorsque le défaut de résistance et la sortie du sang de chaque côté de la lame lui annoncent que celle-ci a pénétré jusque dans le calibre de la veine, il la retire, non pas en fléchissant les doigts qui la dirigent, mais au contraire en les allongeant et en élevant le poignet, afin que celui de ses tranchans qui regarde en haut, glissant du talon vers la pointe au-dessous des tégumens qu'il soulève, agrandisse l'ouverture extérieure et achève de la rendre tout-à-fait parallèle à celle de la veine. Quant à la direction générale de l'incision, elle est oblique, parallèle ou perpendiculaire à celle du vaisseau, selon qu'il est d'un médiocre, d'un gros ou d'un petit calibre, ou selon qu'on veut que le sang s'échappe lentement ou avec une grande rapidité. Cette incision terminée, l'opérateur ferme et dépose sa lancette, et n'a plus qu'à enlever le pouce qui fixe le vaisseau, pour voir le sang s'échapper en jet et retomber en arcade dans le vase destiné à le recevoir. La saignée est bien faite lorsque le sang, sortant à pleine ouverture, forme un jet uniforme et non contourné, qui s'élève perpendiculairement de la surface de la partie. On en peut accélérer le mouvement en continuant les moyens qu'on a mis en usage pour rendre les veines apparentes; on peut, au contraire, lorsqu'on reconnaît l'indication de faire durer long-temps l'écoulement du sang, obtenir ce résultat en faisant observer au malade le plus exact repos, et en relâchant ou en enlevant tout-à-fait la ligature; le seul soin qu'il convienne de prendre alors, est d'absterger, avec une éponge imbibée d'eau tiède, les caillots qui pourraient oblitérer la plaie, ou de les faire sauter en percutant légèrement le vaisseau, ou en exerçant sur lui des pressions qui ramènent le sang des extrémités vers le tronc, au-dessus de l'ouverture duquel on place momentanément le doigt.

Lorsqu'on a retiré la quantité de sang voulue, et qui se mesure par le nombre de palettes ou de soucoupes qu'on a remplies, ou tout simplement à vue d'œil, on enlève la ligature, on prend, entre l'indicateur et le pouce de l'une des mains, les lèvres de la plaie, que l'on presse légèrement l'une contre l'autre, tandis qu'avec l'autre main et une éponge mouillée on lave la partie, qu'on essuie ensuite avec un linge sec; après quoi on lâche la plaie, qui se trouve ordinairement assez agglutinée pour que le sang ne s'en échappe plus, et on la recouvre d'une mouche de taffetas gommé, qu'on soutient, si on le juge convenable, avec une compresse et une bande assez serrée pour s'opposer à l'issue du sang par la plaie, mais assez lâche pour permettre à la circulation veineuse de se faire dans le vaisseau. On peut aussi suspendre l'écoulement du sang en comprimant la veine avec le pouce, au-dessous de la piqûre si c'est une veine des membres, après quoi on fait le pansement comme il est dit ci-dessus.

Quelquefois on prévoit qu'on sera obligé de renouveler la saignée peu de temps après l'avoir pratiquée : on peut alors éviter de faire une nouvelle piqûre; il suffit pour cela de recouvrir les bords de la plaie de quelque corps gras, au moment du pansement; puis, lorsqu'on veut tirer de nouveau du sang, de replacer la ligature, ou d'exercer quelques percussions sur le vaisseau distendu, et de recommander au malade de contracter fortement les muscles de la partie. On peut ainsi faire servir une même piqûre à plusieurs saignées. Cependant il ne faudrait pas abuser de ce moyen, car la rupture réitérée de la cicatrice commençante exciterait nécessairement la suppuration dans la plaie, et pourrait d'ailleurs irriter la veine et déterminer une phlébite.

L'opération de la saignée, simple en apparence, présente souvent des difficultés assez grandes dans son exécution; ainsi, l'embonpoint du sujet, son extrême maigreur, son indocilité, l'étroitesse naturelle des veines, leur rétrécissement par des

cicatrices de saignées antérieures, leur situation sur des parties qu'il est important de ménager, etc, peuvent faire de la saignée une opération difficile et dangereuse.

L'embonpoint du sujet rend les veines profondes, et fait qu'il est impossible de les voir et difficile de les reconnaître par le toucher, quels que soient les moyens qu'on emploie pour les rendre apparentes. Cependant lorsque dans la direction connue de la veine que l'on cherche, le doigt rencontre un cylindre rénitent; lorsque deux doigts, placés à grande distance l'un de l'autre sur le trajet qu'il forme et exécutant sur lui de petites percussions sèches, se renvoient la sensation d'un choc produit par une colonne de liquide ébranlé; lorsque enfin on sent la résistance et la tension de ce cylindre augmenter, en même temps qu'on exécute sur la partie des frictions capables de pousser le sang des rameaux vers le tronc principal; quelque obscures que soient ces sensations, il faut, après avoir marqué de l'ongle le lieu où l'on veut pratiquer la ponction, se décider à plonger la lancette perpendiculairement sur ce qu'on a droit de supposer être le vaisseau, et il faut le faire sans trop attendre, car lorsque la ligature reste long-temps appliquée toutes les veines de la partie se gonflent, la peau devient violette, le tissu cellulaire sous-cutané s'engorge, et les troncs veineux deviennent plus difficiles à distinguer. Une autre difficulté qui se présente souvent sur les sujets doués de beaucoup d'embonpoint, résulte de l'interposition de quelques flocons du tissu cellulaire adipeux sous-cutané entre les lèvres de la plaie, et de la gêne ou de l'obstacle complet qu'ils apportent à l'écoulement du sang, tant qu'on ne réussit pas à les réduire à l'aide d'un stylet boutonné, ou qu'on ne se décide pas à les exciser avec des ciseaux courbés.

La maigreur, lorsqu'elle est fort considérable, relâche les liens qui unissent les veines aux tégumens et aux parties sous-jacentes; elles deviennent *mobiles* et fuient au-devant de l'instrument dont elles éludent l'action; il est facile d'obvier à

cette difficulté en appliquant fortement le pouce très-près du lieu où l'on se propose d'ouvrir la veine, et en dirigeant l'incision en travers.

Les veines d'un petit calibre et celles qui sont rétrécies par des cicatrices fournissent rarement une quantité de sang convenable, parce que l'ouverture devant être elle-même fort étroite, elle se trouve facilement oblitérée par le sang qui se coagule sur ses bords. On ne peut prévenir cette difficulté qu'en choisissant, dans le premier cas, un vaisseau d'un volume convenable, ou, si on ne le peut, en incisant en travers celui sur lequel on est obligé d'agir, et dans le second cas, en piquant au-dessous de la portion rétrécie.

La situation des veines sur une artère, un nerf, ou sur tout autre organe qu'il est important de ménager, augmente encore les difficultés de la saignée, surtout lorsque ces veines sont en même temps recouvertes par une grande épaisseur de parties, parce qu'on est obligé de porter la lancette perpendiculairement sur elles, et qu'il est difficile de juger à quelle profondeur elles sont exactement situées. Lorsqu'au contraire elles sont superficielles, on peut, en général, en procédant avec précaution, et en dirigeant la lancette très-obliquement, de manière à labourer en quelque sorte le tissu et à n'ouvrir que le côté du vaisseau qui correspond à la peau, éviter les organes qu'on a intérêt à ménager. Cependant il est prudent de ne faire de semblables saignées que lorsqu'on ne peut y suppléer par aucun autre moyen.

De toutes les difficultés, l'une des plus graves est celle qui tient à l'indocilité du malade et aux mouvemens inconsidérés auxquels il se livre. Lorsqu'on ne peut parvenir à les calmer, il faut ouvrir la veine en accompagnant les mouvemens de la partie avec la main qui tient l'instrument, ce qui ne peut se faire que lorsqu'on est doué d'une grande habitude et d'une grande dextérité. Il est toujours utile, dans ce cas, de faire coucher le sujet.

Ces difficultés sont souvent la cause que l'opération n'est exécutée que d'une manière imparfaite.

Ainsi, quelquefois on fait ce qu'on appelle une saignée *blanche*, c'est-à-dire que la veine n'a pas été ouverte. Presque toujours alors, lorsqu'on ne s'est pas trompé sur le siége de la veine, on la découvre au fond de la plaie, et il suffit de plonger plus avant pour l'ouvrir. Dans quelques cas, le vaisseau a été ouvert, mais il est à peine effleuré; l'ouverture en est trop étroite, et l'on voit le faible jet qui s'en échappe diminuer rapidement de grosseur, et cesser bientôt à mesure que le sang se coagule sur les bords de l'ouverture. Il faut alors agrandir celle-ci, soit en plongeant de nouveau la même lancette et pratiquant un mouvement d'élévation en la retirant, soit en se servant d'une lancette plus large. D'autres fois la veine a été incisée, l'ouverture est libre et assez large, mais le sang ne coule pas ou cesse brusquement de couler. Cela tient ordinairement, ou à ce que la ligature trop serrée empêche le sang d'arriver par les artères, ou à ce que le malade cesse de faire agir les muscles de la partie, ou enfin, à ce qu'il tombe en syncope. Indiquer ces causes, c'est indiquer en même temps la conduite à tenir. Enfin, souvent le sang s'échappe de l'ouverture, mais avec difficulté, et le jet, au lieu de s'élever perpendiculairement de la surface de la partie, sort en tournoyant, et est plus ou moins incliné. Ceci tient au défaut de parallélisme entre l'ouverture du vaisseau et celle des tégumens, et il suffit de tirer ceux-ci du côté opposé à celui vers lequel le jet s'incline, pour voir le sang sortir avec facilité et dans une direction convenable.

La phlébotomie est quelquefois suivie d'accidens. Lorsqu'un filet de nerf a été incomplètement coupé, la douleur, légère dans les cas ordinaires, devient alors très-vive (V. *Névrite*). Quand l'ouverture de la peau et celle de la veine ne sont pas parallèles, et surtout lorsque la première est plus étroite que la seconde, le sang s'infiltre dans le tissu cellulaire sous-cutané, et forme une

ecchymose ou un *trumbus* (V. ces mots). La saignée produit souvent la syncope; elle est quelquefois suivie d'hémorrhagie, due tantôt à quelque mouvement inconsidéré du malade, pendant lequel les lèvres de la plaie se sont écartées, tantôt à ce que le bandage trop serré empêche le retour du sang vers le centre, et le force à stagner, à s'accumuler dans le vaisseau, qu'il ne tarde pas à distendre outre mesure, et dont il rompt bientôt la cicatrice commençante. Les efforts répétés d'expiration, et tous les obstacles à la circulation, produisent le même effet. Mais les plus graves accidens dont la saignée est quelquefois suivie, sont la phlébite, l'inflammation violente du bras lui-même, et la gangrène (V. ces maladies).

Saignée du bras. On appelle ainsi celle qui se pratique au pli du coude. On trouve dans cette région quatre veines qu'on peut ouvrir, et qui sont, de dehors en dedans, la radiale superficielle, la médiane céphalique, la médiane basilique, et la cubitale superficielle, ou, pour mieux dire, les cubitales superficielles. La première de ces veines, presque verticale, est plongée au milieu d'une couche assez épaissie de tissu cellulaire graisseux qui la masque; la médiane céphalique, plus apparente, et oblique de bas en haut et de dedans en dehors, est placée au devant du nerf cutané externe, dont elle est cependant séparée par une couche de tissu cellulaire, et elle correspond inférieurement à l'artère brachiale; la basilique, la plus apparente et la plus volumineuse de toutes, est environnée et recouverte par les branches du nerf cutané interne; et, dans son trajet oblique de bas en haut et de dehors en dedans, elle est presque tout entière couchée sur l'artère brachiale, dont elle n'est séparée à sa partie moyenne que par la faible épaisseur de l'aponévrose du bras, et qui a elle-même des rapports intimes avec le nerf médian; enfin la cubitale, plus apparente que la radiale, est aussi plus mobile et moins volumineuse. Il résulte de là que la saignée de la radiale doit être faite de

préférence à toute autre ; qu'après celle-ci c'est la cubitale qu'il faut choisir ; que, si ces veines ne sont point assez apparentes, il faut piquer la partie supérieure de la médiane céphalique ; et qu'enfin il ne faut ouvrir la médiane basilique que dans le cas d'absolue nécessité, et lorsque la saignée des autres paraît impossible ou semble devoir être infructueuse.

Lorsqu'on veut pratiquer la saignée du bras, on fait asseoir le malade ; ou, s'il est faible, indocile ou difficile à saigner, on le fait coucher sur son lit. Le bras est alors découvert, étendu et tourné en supination ; on reconnaît la situation et le trajet de l'artère brachiale et ses rapports avec les veines du pli du bras, et l'on fait choix du vaisseau qu'on juge mériter la préférence ; si la veine basilique est la seule qui paraisse pouvoir être ouverte, on marque de l'ongle le point où cette veine s'éloigne le plus de l'artère. On applique le plein de la ligature sur la partie inférieure du bras à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du pli du coude, on en croise les chefs en arrière en serrant modérément, et on les ramène en dehors, où on les fixe par une rosette simple, sans nœud. On laisse le membre pendant quelques instans dans une position demi fléchie ; puis, lorsque les veines sont suffisamment gonflées, le chirurgien, après avoir placé l'aide qui doit l'éclairer, ainsi que celui qui doit tenir le vase destiné à recevoir le sang, et disposé sa lancette, se place vis-à-vis du malade, en dedans du bras sur lequel il doit opérer, étend ce membre, en saisit et en retient l'extrémité entre son coude et le côté de sa poitrine, tandis que sa main, embrassant le coude du malade, soutient et fixe le membre, et attire les tégumens en arrière à l'aide de la paume placée en dehors, et de l'extrémité des doigts placés en dedans, pour les tendre en travers sur le vaisseau. Il fait sur la face palmaire de l'avant-bras, et avec la face dorsale des doigts de la main qui doit opérer, quelques frictions dirigées de bas en haut, et à l'instant où, par l'effet de ces

frictions, la veine est gonflée autant que possible, il applique sur elle le pouce de la main qui tient le coude, la fixe, l'empèche de se dégonfler, et tend les tégumens de haut en bas. Saisissant alors la lancette de la main droite pour opérer sur le bras droit, et réciproquement (quelques chirurgiens, qui ne sont pas *ambidextres*, saignent de la main droite sur le bras gauche comme sur le bras droit, ils se placent alors en dehors de ce membre), et prenant, à l'aide des trois derniers doigts étendus, un point d'appui sur la partie interne du coude, il la plonge dans le vaisseau en suivant les préceptes qui ont été émis plus haut. L'incision faite et la lancette déposée, il place entre les doigts du malade son lancettier ou tout autre corps solide et cylindrique qu'il lui prescrit de tourner dans la main, afin d'exciter les contractions musculaires et de faire passer le sang des veines profondes dans les veines superficielles; en même temps il soutient le bras avec ses deux mains en recommandant au malade de le lui abandonner, l'expérience ayant prouvé que le sang s'écoule avec beaucoup moins de facilité lorsque celui-ci soutient lui-même son membre. On termine l'opération comme il a été dit. Lorsqu'on croit devoir faire usage d'un bandage pour arrêter l'écoulement du sang, ou lorsqu'on n'a pas de taffetas gommé à sa disposition, on comprime le vaisseau avec le pouce au-dessous de l'ouverture, et l'on s'oppose ainsi à l'issue du sang par la plaie pendant les mouvemens nécessaires au pansement. On place sur la plaie une petite compresse, et on l'y maintient à l'aide des doigts indicateur, médian et annulaire de la main qui a opéré, auxquels le pouce de la même main, appuyé sur la face postérieure de l'avant-bras, sert de point d'appui. Enfin, on complète le pansement par une bande ordinaire, longue d'une aune et demie à deux aunes, roulée ou non, dont on arrête le chef sur le côté externe du membre avec le pouce de la main qui tient la compresse, et qu'on porte ensuite successivement sur celle-ci, sur les parties interne, postérieure, externe et inférieure du bras,

sur la compresse, en dehors, en arrière, en dedans de la partie supérieure de l'avant-bras, sur la compresse et ainsi de suite, de manière à former un bandage en huit de chiffre, dont les jets sont croisés sur la plaie, et dont les chefs sont ensuite noués ensemble ou fixés avec des épingles. On ne saurait trop répéter que ce bandage ne doit point empêcher la circulation de se faire dans le système veineux du membre.

La saignée du bras, sujette aux mêmes inconvéniens que les autres, a de plus qu'elles celui d'exposer à la lésion d'une artère volumineuse. En effet, la veine basilique a des rapports tellement intimes avec l'artère brachiale, qu'il faut beaucoup de précautions pour ne pas atteindre celle-ci en ouvrant celle-là. Il y a plus, c'est que la division de l'artère du bras en radiale et cubitale, et la séparation de ces deux branches, qui n'a ordinairement lieu qu'au niveau du pli du coude ou à peu près, s'opérant quelquefois à la partie supérieure du membre, il en résulte que la veine basilique n'est pas la seule qui puisse être accolée à un tronc artériel, et qu'on doit toujours, avant de pratiquer la saignée en cet endroit, s'assurer par le toucher s'il n'existe pas de battemens derrière la veine qu'on veut piquer (1).

C'est pour avoir négligé ces précautions, ou pour n'avoir pas voulu se conformer aux préceptes de l'art, que beaucoup de chirurgiens ont eu le malheur de produire cet accident, devenu plus fréquent depuis quelques années, en raison sans doute du plus grand nombre de saignées qui se pratiquent. La blessure de l'artère brachiale offre, dans les signes par lesquels elle s'annonce et dans les suites qu'elle peut avoir, des différences qui tiennent aux dispositions variées que la plaie peut présenter. Lorsque, par l'effet d'un changement de rapport entre l'artère et la veine, les plaies de ces deux vaisseaux ne

(1) Nous dirons cependant, qu'ayant été à même d'observer cet accident plusieurs fois, nous ne l'avons jamais vu survenir qu'à l'occasion de la saignée de la basilique, l'artère ayant sa disposition normale.

sont plus parallèles, alors le sang artériel s'infiltre dans le tissu cellulaire du membre, et il en résulte ce qu'on appelle un anévrisme faux primitif, qui s'annonce par les symptômes propres à cette maladie et qui en réclame le traitement (*Voyez Plaies des Artères* et *Anévrysme*). Lorsqu'au contraire la plaie de l'artère, celle de la veine et celle de la peau sont parallèles, il s'élance de la dernière un jet de sang beaucoup plus fort que celui d'une saignée ordinaire : ce jet, au lieu de couler uniformément, est alternativement plus fort et plus faible : à chacune des secousses qu'il éprouve, et qui sont isochrones aux contractions du cœur, il est composé de deux parties qui sont unies sans être confondues, et dont l'une est formée par un sang rouge et vermeil, tandis que l'autre ne présente que la couleur du sang veineux ; dans l'intervalle des contractions du cœur, il est moins fort et formé par le sang noir seul. Il en est de même lorsqu'on comprime l'artère au-dessus de l'ouverture ; lorsqu'au contraire on comprime la veine au-dessous de la plaie, il est tout entier formé par du sang artériel, et, cessant d'être continu, il ne jaillit que par saccades. A ces signes il est impossible de méconnaître la lésion de l'artère brachiale : on remédie à cet accident par une compression méthodique, et surtout par la ligature (Voy. *Lésions de continuité*).

Saignée du poignet. Lorsque les veines du pli du bras ne peuvent être rendues apparentes par aucun moyen, on a proposé de suppléer à leur saignée par celle des veines qui se trouvent au poignet ou sur le dos de la main, et dont les principales sont la *salvatelle*, qui, formée par des veinules des derniers doigts, monte sur la partie interne et postérieure du dos de la main, pour se rendre à la face postérieure de l'avant-bras, où elle prend le nom de *cubitale postérieure*, et la *céphalique du pouce*, ou tout simplement la veine du pouce, qui, née de la face postérieure du pouce et de l'indicateur, monte entre le premier et le second os du métacarpe, d'où elle se dirige sur la partie externe de l'avant-bras.

Les règles à suivre pour ouvrir ces veines ne présentent rien de particulier.

Saignée du pied. On pratique la saignée du pied sur les veines saphènes interne et externe, au niveau de la malléole correspondante, ou sur quelques-unes des branches qui leur servent de racines, et qu'on trouve sur le coude-pied. Tous ces vaisseaux sont recouverts par une aponévrose mince, surtout apparente au-devant de la saphène interne, et ils sont environnés par un assez grand nombre de filets nerveux, dont les plus volumineux et les plus nombreux, provenant du nerf du même nom, se trouvent encore autour de la même veine. Toutefois, malgré cette dispostion défavorable, c'est ordinairement sur ce vaisseau qu'on pratique la saignée du pied, parce que le plus souvent il est le seul qui soit assez volumineux pour fournir une quantité de sang convenable. On applique la ligature, soit autour de la partie supérieure de la jambe, soit autour de sa partie inférieure, à trois travers de doigt des malléoles; et comme son action sur les muscles de la partie s'oppose à leur contraction, et que d'ailleurs les veines sont d'un volume peu considérable, on fait asseoir le malade sur le bord de son lit, et on plonge la jambe dans un grand vase rempli d'eau chaude, pour les rendre plus apparentes. Lorsque ces vaisseaux sont suffisamment distendus, le chirurgien, assis vis-à-vis du malade sur un siége bas, fait sortir le pied de l'eau, et en appuie le talon sur son genou garni d'une alèze; il renverse légèrement le membre en dehors s'il veut saigner la saphène interne, et saisit la lancette de la main droite s'il veut opérer sur le membre droit du malade, et réciproquement; si au contraire il veut ouvrir la saphène externe, il renverse fortement le membre en dedans, parce que cette veine se porte entre la malléole et le tendon d'Achille, et il opère de la main gauche sur le côté droit, et de la main droite sur le côté gauche. La ponction est faite d'après les règles ordinaires, et le membre replongé dans l'eau. La force et la rapidité du jet, le temps

qui s'est écoulé depuis l'instant de la piqûre, et l'intensité de la coloration de l'eau, servent à faire juger la quantité du sang qu'on a retiré. Lorsque cette quantité paraît suffisante, on enlève la ligature, on fait retirer le pied de l'eau, on l'essuie en même temps qu'on applique le pouce pour suspendre l'écoulement du sang, et l'on place sur l'ouverture une compresse qu'on soutient par le bandage dit *en étrier*. Celui-ci figure un huit de chiffre, dont les jets se croisent sur le coude-pied, et dont les anses embrassent l'extrémité inférieure de la jambe et la plante du pied. Pour le faire, on prend une bande roulée longue d'une aune et demie; on en laisse pendre le chef du côté du talon opposé à la saignée; on la conduit ensuite sur la compresse, et successivement, autour de la partie inférieure de la jambe, sur le coude-pied en croisant le premier jet, sous la plante du pied, sur le coude-pied, autour de la jambe, et l'on continue de la même manière jusqu'à ce que la bande soit déroulée, alors on noue ensemble le chef qu'on a en main et celui qu'on a d'abord laissé pendant. La saignée du pied ne présente pas d'accidens qui lui soient particuliers; mais elle expose plus que celle du bras à des douleurs vives et à des accidens spasmodiques qui dépendent de la lésion des nerfs nombreux dont sont environnées les veines sur lesquelles on la pratique, et à des accidens inflammatoires compliqués d'étranglement, dont la gravité, quelquefois très-considérable, tient à la résistance que l'aponévrose, qu'on est obligé de traverser pour parvenir jusqu'au vaisseau, oppose au gonflement du tissu cellulaire au milieu duquel il est plongé, lorsque ce tissu vient à s'enflammer.

Saignée du cou. C'est sur les veines jugulaires externes qu'on pratique la saignée du cou. Ces vaisseaux, étendus le long des parties latérales du cou, où ils ne sont recouverts que par la peau, le muscle peaucier, et quelques rameaux nerveux, sont superficiels, et par conséquent faciles à voir et à atteindre. Le malade, assis sur une chaise ou dans son lit, doit incliner

légèrement la tête du côté opposé à celui où l'on veut faire la piqûre ; ses épaules sont garnies d'alèzes. Ici, le danger d'occasioner la suffocation et de déterminer la stase du sang veineux dans le crâne s'oppose à l'emploi d'une compression circulaire, et oblige le chirurgien à ne mettre en usage qu'une compression locale pour retenir le sang dans le vaisseau. Il y a plusieurs manières d'établir cette compression : quelques personnes, après avoir placé une compresse épaisse et ferme sur l'extrémité inférieure de la veine, immédiatement au-dessus de la clavicule, jettent par-dessus et autour du cou quelques tours de bandes circulaires très-lâches, et, après avoir noué ensemble les deux chefs de la bande, font passer le doigt d'un aide dans le tour le plus intérieur, et lui prescrivent de tirer à lui et du côté opposé à la compresse, afin d'appuyer sur celle-ci sans comprimer la trachée-artère ni la veine jugulaire du côté opposé. La manière qui nous a paru la meilleure consiste à appliquer sur la compresse le plein d'une bande déroulée, dont on ramène les chefs obliquement devant et derrière la poitrine, pour les confier à un aide placé du côté opposé, et qui, les saisissant de chacune de ses mains, tire dessus également. Lorsque le vaisseau paraît assez plein, on l'ouvre à sa partie inférieure, au-dessus du lieu où la compression est établie. On n'est pas d'accord sur la direction à donner à l'incision. Quelques chirurgiens, dans le but de ménager les fibres du muscle peaucier, qui sont obliques d'arrière en avant et de bas en haut, pratiquent l'incision parallèlement à ces fibres. Ils prennent pour cela la lancette de la main droite pour saigner sur le côté gauche, et *vice versâ*. D'autres, et nous nous rangeons de leur avis, pour donner au sang une plus libre issue, conseillent d'inciser dans une direction perpendiculaire à celle de ces fibres pour les couper en travers. L'incision faite, on recommande au malade de mâcher un papier plié en plusieurs doubles, un morceau de bouchon, ou quelque corps semblable. Mais quelle que soit l'exactitude avec

laquelle le malade se conforme à ce précepte, ou celle avec laquelle la compression est établie, la liberté des communications est telle entre les veines du cou, qu'il est rare que le sang s'échappe en jet, et que presque toujours on est obligé d'appliquer au-dessous de l'ouverture une gouttière formée d'une lame d'argent, ou tout simplement par une carte repliée, et qui, recueillant le sang qui s'échappe en bavant de la plaie de la veine, le transmet dans le vase destiné à le recevoir.

Enfin, quand l'écoulement du sang paraît suffisant, on prend entre deux doigts les lèvres de la plaie, on retire la compression, on place sur l'ouverture une compresse, et on l'y fixe à l'aide de quelques tours de bande, dont les uns sont jetés circulairement autour du cou, et dont les autres passent obliquement sous l'aisselle du côté opposé.

La saignée des jugulaires, facile à exécuter en ce qui regarde la recherche et l'ouverture du vaisseau, mais difficile et fatigante à cause de la lenteur avec laquelle le sang s'écoule, et de l'impossibilité dans laquelle on se trouve souvent d'en obtenir une quantité suffisante, expose à des dangers assez grands lorsqu'elle n'est pas exécutée convenablement.

Bosquillon a vu périr deux enfans chez lesquels on avait intéressé, dans une saignée du cou, le rameau de la branche antérieure de la troisième paire cervicale qui vient s'anastomoser avec l'anse renversée de l'hypoglosse. Nous nous sommes assurés par la dissection que sur beaucoup de sujets il suffit que la tête soit fortement tournée du côté opposé pour que, le muscle sterno-mastoïdien se portant en avant, la veine jugulaire externe se trouve immédiatement appliquée sur les parties dont ce muscle la sépare ordinairement, et par conséquent sur l'arcade nerveuse dont nous parlons. Et il est facile de sentir que si la veine n'a que de petites dimensions, comme cela a nécessairement lieu chez les enfans, la lancette pourra bien, après l'avoir traversée de part en part, atteindre les nerfs placés plus profondément. Toutefois, l'instrument est beaucoup plus

exposé à rencontrer quelques-uns des filets sous-cutanés du plexus cervical superficiel que l'anastomose du grand hypoglosse avec la troisième paire cervicale, parce que ces nerfs sont placés entre le peaucier et la veine qu'ils enlacent, et qu'ils croisent presque horizontalement, à peu près vers le milieu de sa hauteur. Pour éviter tous ces nerfs, il suffira de ne jamais ouvrir la veine au-dessus du lieu qui correspond à la réunion de son quart inférieur avec les trois quarts supérieurs.

Mais un autre accident beaucoup plus grave est l'introduction de l'air dans la veine. Il paraît qu'il ne s'est encore présenté chez l'homme que dans certaines extirpations de tumeurs volumineuses où la veine du cou s'est trouvée intéressée; mais quelques vétérinaires l'ont observé sur le cheval, et il pourrait se faire qu'il se produisît un jour sur l'espèce humaine pendant les saignées du cou. On conçoit qu'au moment où le sang, appelé par un grand mouvement d'inspiration, se précipite dans la poitrine, l'air, facilité par la brièveté du trajet de la plaie et par l'amplitude et la dilatibilité des vaisseaux, peut bien y pénétrer à la suite. Un sifflement prolongé, analogue à celui qui est produit par la rentrée de l'air sous le récipient de la machine pneumatique, annonce que cet accident a lieu : une syncope subite et mortelle le suit immédiatement, et fait connaître qu'il a produit sur l'économie son effet accoutumé. M. Bouley jeune, très-habile vétérinaire à Paris (1), a sauvé l'animal sur lequel il l'a observé, en continuant à faire couler le sang. M. Magendie, après l'avoir produit artificiellement sur des chiens, l'a fait cesser, en introduisant, par l'ouverture de la veine, jusque dans l'oreillette droite du cœur, une sonde de gomme élastique montée sur une seringue, à l'aide de laquelle il a repompé le fluide élastique (2). Nous ne comprenons guère comment le sang, qui ordinairement cesse, dans une saignée or-

(1) Voyez *Journal de Physiologie expérimentale*, par M. Magendie, membre de l'Institut, etc., tome Ier, pages 197 et suivantes.

(2) *Journal cité*, pages 190 et suivantes du tome Ier.

dinaire, de couler lorsque la ligature est assez serrée pour arrêter les battemens de l'artère, pourrait continuer de couler lorsqu'il survient une syncope complète, comme celle qui a lieu dans le cas dont nous parlons. Quant au moyen mis en usage par M. Magendie, l'expérience n'a pas encore fait connaître de quelle utilité il pourrait être, et jusqu'à quel point il serait possible de l'employer sur l'homme. Jusqu'à présent, l'introduction de l'air dans le système veineux a été produite d'une manière tellement brusque et inopinée, que tous les individus sur lesquels on l'a observée sont morts. Il suffit pour l'éviter, lorsqu'on pratique la saignée de la jugulaire, de n'enlever la compression qu'après avoir réuni la plaie.

La saignée du bras, celle du pied et celle du cou sont à peu près les seules qui soient en usage aujourd'hui. La première est celle qu'on emploie lorsqu'on n'a à remplir que des indications générales, et dans des maladies qui affectent la poitrine, l'abdomen ou les membres; la seconde est employée comme un moyen révulsif puissant dans les maladies de la tête et de la gorge; mais la troisième paraît ne pas jouir de toute l'efficacité qu'on lui a attribuée. Quelques médecins prétendent même qu'elle va directement contre le but qu'on se propose, en ce que, soustrayant rapidement une grande quantité de sang veineux au cerveau, elle y détermine un afflux plus rapide et plus fort de sang artériel.

Autrefois on saignait encore plusieurs autres veines qu'on ne saigne plus aujourd'hui. Cependant l'expérience a prouvé dans ces dernières années à M. Janson, chirurgien de Lyon, que les saignées pratiquées sur les veines qui reviennent des parties enflammées sont beaucoup plus efficaces que les autres, et il pourrait bien se faire que d'ici à quelque temps on saignât, non-seulement toutes les veines qu'on saignait autrefois, mais encore certaines autres qu'on n'était pas dans l'usage d'ouvrir. Nous nous bornerons à indiquer les procédés à suivre pour saigner les principales de ces veines.

Saignée du front. On a saigné la veine frontale et l'angulaire de l'œil dans les maladies de cet organe. Le procédé consiste à faire faire des efforts d'expiration, à appliquer le pouce sur la veine gonflée, à l'ouvrir au-dessus de ce doigt, et ensuite à faire tenir au malade la tête penchée en avant, et continuer les efforts d'expiration pour faire couler le sang.

Saignée de la langue. On a aussi ouvert les veines ranines dans les maladies de la langue et de la bouche. Il suffit, pour mettre en évidence ces veines, placées immédiatement sous la membrane muqueuse et au-dessous de la langue, de faire relever cet organe, et pour faire couler le sang lorsque l'ouverture est pratiquée, d'ordonner au malade de solliciter sa sortie par la succion. Le sang doit être rejeté au dehors. Ordinairement il s'arrête de lui-même lorsque le malade cesse de sucer et respire librement; mais s'il continuait à couler, un bourdonnet de charpie placé sous la langue l'arrêterait certainement.

Saignée de la verge. Enfin, Callisen a proposé d'ouvrir la veine placée sur la face dorsale du pénis, dans les cas d'inflammation vive de cet organe. Si l'on voulait avoir recours à cette opération, il faudrait, après avoir gonflé le vaisseau au moyen d'une ligature placée sur la base de l'organe, l'ouvrir en travers à l'aide d'une lancette, portée très-obliquement, pour éviter de blesser les corps caverneux. Si cette veine se trouvait superposée à une artère, on ferait tourner la peau dont elle suit les mouvemens pour la faire changer de rapports.

Quant aux autres veines que l'on pourrait saigner, comme elles occupent toutes les membres, les procédés dont on devrait faire usage pour les ouvrir rentrent dans ceux dont il a été parlé à l'occasion de la saignée du bras, du pied, etc.

Artériotomie. Les artères qui rampent à la surface du crâne sont presque les seules qui, par leur position superficielle, leur petit calibre, et leur situation sur des os susceptibles de présenter un point d'appui solide à la compression, offrent réunies les conditions nécessaires pour être ouvertes sans dan-

ger. Toutes les présentent à peu près au même degré; cependant l'artère temporale est jusqu'ici la seule qu'on ait osé ouvrir, et le mot d'artériotomie ne signifie rien autre chose dans le vocabulaire médical, que la saignée de cette artère. On ne pratique peut-être pas assez cette saignée dans les affections cérébrales. Les observations du docteur Desruelles tendent cependant à démontrer qu'elle l'emporte beaucoup sur la saignée de la jugulaire (1). L'appareil se compose d'un bistouri ou d'une très-forte lancette, d'une compresse carrée et très-épaisse, d'une bande longue de deux à cinq aunes, et roulée à un seul ou à deux cylindres, et d'alèzes. Le malade étant assis, ou, ce qui vaut mieux, couché, les alèzes placées et la partie rasée, on recherche avec le doigt la direction de l'artère temporale; si les battemens n'en sont pas sensibles à l'œil, on marque de l'ongle le lieu où on se propose d'ouvrir le vaisseau, et l'on pratique sur ce lieu même une incision transversale, dans laquelle l'artère se trouve comprise : on abaisse ensuite fortement la lèvre inférieure de la plaie, afin que le jet de sang qui se dirige de bas en haut et vient frapper contre la supérieure, se porte directement en dehors. Si on ne réussisait pas à faire couler le sang en jet, on pourrait faire usage de la gouttière.

Lorsqu'on a retiré une quantité convenable de sang, on rapproche les lèvres de la plaie, en les comprimant ; on lave la partie ; on applique la compresse sur l'ouverture, et on la soutient au moyen de la bande. Autrefois on formait avec celle-ci ce qu'on appelle le *nœud d'emballeur*, et, pour l'exécuter, on se servait d'une bande de cinq aunes roulée à deux cylindres. Le plein de cette bande étant appliqué sur la compresse, on conduisait horizontalement les deux cylindres sur la tempe opposée, où on les croisait en les changeant de main pour les ramener sur la compresse ; on les

(1) *Journal universel des sciences médicales*, tome XVII, pages 115 et suivantes.

changeait encore de main, et on les croisait de nouveau; puis appuyant les deux jets de bande l'un sur l'autre et faisant décrire aux cylindres un quart de cercle de manière à former un nœud, on les portait, l'un sur le sommet de la tête, l'autre sous le menton, on les croisait tous les deux sur le côté opposé à la saignée, on les ramenait ensuite sur la compresse, où un nouveau changement de direction, formant un nouveau nœud, appuyant sur le premier, les rendait de nouveau horizontaux, et l'on formait ainsi plusieurs nœuds superposés les uns aux autres; après quoi on employait les restes de la bande à former quelques tours circulaires. Ce bandage établit inutilement une compression très-forte et très-douloureuse : on le remplace très-bien par une bande à l'aide de laquelle on fait quelques tours circulaires convenablement serrés.

Sangsues. L'emploi des sangsues offre le moyen le plus efficace et le plus usité pour opérer la saignée locale. L'écoulement de sang qu'elles procurent est, eu égard à l'étendue de la plaie qu'elles font, plus considérable et prolongé pendant beaucoup plus long-temps que celui que l'on obtient par tout autre moyen, parce que plongeant dans l'épaisseur de la peau, et quelquefois jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané, elles pompent le sang dans le système capillaire lui-même, tandis que lorsqu'on applique une ventouse sur des piqures faites par l'instrument tranchant, la succion qu'elle opère, s'exerçant à l'extérieur de la plaie, reste quelquefois peu efficace. Les sangsues peuvent être appliquées sur toutes les parties, rassemblées dans un petit espace ou disséminées, et employées en tel nombre qu'on le juge utile. Enfin, on peut avec elles produire instantanément une grande perte de sang, ou bien n'en appliquant qu'un petit nombre à la fois, et les remplaçant à mesure qu'elles se détachent, obtenir un écoulemeut peu considérable continué pendant long-temps. Nous en avons fait précédemment connaître le mode d'action.

On reconnaît la sangsue médicinale à sa couleur d'un brun verdâtre, aux six bandes jaunes mouchetées de brun que présente son dos, et aux taches jaunâtres dont elle est marquée en dessous. Les meilleures sont celles d'une grosseur moyenne, dont les mouvemens sont rapides et vigoureux, qui dans leur raccourcissement brusque, sont fermes, et forment bien ce que les marchands appellent *l'olive*, et qui ont vécu dans une eau limpide et courante. On peut les appliquer sur toutes les parties du corps où l'on ne rencontre ni vaisseaux considérables ni nerfs superficiellement placés. Leurs morsures traversent quelquefois la peau, et l'expérience a prouvé qu'elles pouvaient occasioner des accidens graves en blessant des nerfs, des artères ou des veines. On a aussi conseillé de ne pas les appliquer sur les ouvertures naturelles du corps, de peur qu'elles ne pénètrent dans les cavités dont ces ouvertures sont les orifices, mais il suffit de surveiller leur action pour prévenir cet accident. Enfin, à moins de les appliquer en nombre tel, qu'on soit certain de produire un écoulement de sang suffisant pour faire cesser incontinent l'inflammation, on doit éviter de les placer sur les points où les tégumens sont actuellement enflammés.

Les parties sur lesquelles on veut faire prendre des sangsues doivent être rasées, nettoyées avec soin, et, pour peu qu'elles conservent d'odeur, lavées avec de l'eau sucrée ou avec du lait, dont ces animaux sont fort avides. Le malade étant garni d'alèzes, et les sangsues ayant été retirées de l'eau depuis au moins deux ou trois heures, on les place, si la surface sur laquelle on veut les appliquer est assez large, dans un verre ou au centre d'un linge qu'on renverse sur la partie, et qu'on y maintient jusqu'à ce qu'elles soient attachées. Lorsque la partie est étroite, profondément placée, ou que le lieu sur lequel on doit agir est exactement déterminé, on est obligé de les prendre une à une avec les doigts, ou de les enfermer dans un tube de verre, ou dans une carte roulée sur elle-même,

ou dans un tuyau de plume fendu suivant sa longueur, dont on applique l'extrémité qui correspond à leur tête, sur la surface où l'on a l'intention de les faire mordre, tandis qu'un bâtonnet engagé par l'autre extrémité du tube sert à les pousser en avant. C'est ainsi qu'à l'aide d'un *speculum uteri* et d'un tube de verre on applique des sangsues jusque sur le col de l'utérus.

Les sangsues se détachent d'elles-mêmes quand elles sont suffisamment gorgées On doit alors, pour favoriser l'écoulement du sang, recouvrir toute la partie d'un cataplasme émollient, ou mieux, absterger incessamment les ouvertures qu'elles ont faites avec une éponge imbibée d'eau tiède, afin d'enlever les caillots à mesure qu'ils sont produits. On peut, en administrant convenablement ces soins, faire couler le sang pendant douze ou quinze heures; mais après ce temps il finit ordinairement par s'arrêter, et l'on n'a plus qu'à recouvrir la partie d'un linge fin, ou mieux d'un cataplasme émollient, pour préserver les piqûres, assez disposées à s'enflammer, de l'action irritante des vêtemens du malade.

Quelquefois, au lieu de l'exciter, on est obligé d'arrêter l'écoulement du sang, dont l'abondance pourrait compromettre l'existence de l'individu. C'est surtout chez les enfans très-jeunes que cette indication peut se présenter. On y réussit facilement, soit en recouvrant les piqûres des sangsues de quelques morceaux d'amadou sec ou imbibé de vinaigre, soit en plaçant dessus un linge plié en plusieurs doubles sur lequel on appuie pendant quelques instans une spatule fortement échauffée, soit en les cautérisant avec le nitrate d'argent, ou avec un petit bouton de feu.

Il arrive quelquefois que des sangsues s'introduisent par les ouvertures naturelles jusque dans les cavités tapissées par des membranes muqueuses, sur lesquelles elles s'attachent en produisant des accidens assez graves. Il faut aussitôt faire quelques injections d'eau salée ou vinaigrée, ou de vin, de fumée ou de

décoction de tabac, et l'animal ne tarde pas à se détacher et à être expulsé au dehors.

Ventouses. Les ventouses sont des vases de verre, de forme à peu près globuleuse, qui présentent vers leur fond un bouton par lequel on les saisit, et vers le côté opposé un col très-large et très-court, dont le bord est arrondi. Elles appellent le sang dans les parties sur lesquelles on les applique, en opérant une forte succion, ou, ce qui revient au même, en soustrayant plus ou moins ces parties à la pression atmosphérique. On distingue les ventouses en *sèches* et en *scarifiées*, selon que leur action se borne à cet appel des fluides dans les tissus, ou que des scarifications ayant d'abord été faites, le sang s'écoule au dehors à mesure qu'il est attiré dans l'organe. Les ventouses sèches appliquées sur un tissu actuellement enflammé ont constamment pour effet d'augmenter la congestion et l'inflammation; aussi les applique-t-on ordinairement loin du siége de la maladie, parce qu'on les emploie alors comme moyen *révulsif*: les ventouses scarifiées, au contraire, agissent comme les sangsues, et doivent être rapprochées autant que possible du siége du mal.

L'application des ventouses est une des opérations les plus simples de la chirurgie. La partie ayant été préalablement rasée et mise dans un état convenable, on commence par raréfier l'air contenu dans l'instrument, soit en faisant brûler dans son intérieur un peu d'étoupe, de coton cardé, de charpie ou de papier découpé, soit en le tenant pendant quelque temps au-dessus de la flamme d'une bougie ou d'une lampe, et on l'applique rapidement sur le lieu indiqué. Au bout de quelques instans, l'air raréfié se condense par l'effet du refroidissement, il se fait un vide dans la ventouse, qui devient fort adhérente, et la partie qu'elle recouvre, soustraite à la pression de l'air, se gonfle, devient plus ou moins rouge, et s'élève en faisant saillie vers le fond de l'instrument. On peut produire le même effet avec un instrument nommé ventouse à pompe,

et qui n'est autre chose qu'une ventouse ordinaire, surmontée d'une tubulure, à laquelle est adaptée une pompe aspirante servant à faire le vide sous la cloche. On ne risque pas, avec cet instrument, de brûler la peau, en appliquant sur elle une cloche trop échauffée ou des étoupes en combustion; mais comme il est d'un prix élevé, et qu'il suffit de quelques précautions très-simples pour éviter l'inconvénient reproché aux ventouses ordinaires, nous pensons qu'il peut être avantageusement remplacé par celles-ci. Quoi qu'il en soit, lorsque la ventouse a été appliquée pendant un quart d'heure ou une demi-heure, on la détache en la renversant d'une main, tandis qu'avec l'extrémité du doigt indicateur de l'autre, ou avec une spatule, on abaisse les tégumens afin de permettre à l'air de rentrer dans son intérieur; la rougeur et l'ecchymose se dissipent ensuite en quelques jours. C'est à cela que se borne l'opération lorsqu'on ne veut appliquer que des ventouses sèches. Pour appliquer des ventouses scarifiées, on commence d'abord de la même manière. Lorsque la partie est suffisamment injectée, on détache la ventouse et on pratique les scarifications, et on réapplique de nouveau la ventouse, qu'on détache dès qu'elle ne tire plus. Si la quantité de sang obtenue ne paraît pas suffisante, on peut laver les piqûres avec une éponge imbibée d'eau tiède, et réappliquer de nouveau la ventouse; mais il est rare que le sang recommence à couler, et presque toujours il faut répéter complètement l'opération.

Bdellomètre. MM. Demours et Sarlandière se sont occupés presque en même temps, il y a quelques années, de trouver un instrument qui pût à la fois opérer la succion et faire les scarifications. C'est à cet instrument que M. Sarlandière a imposé le nom de bdellomètre. Les avantages que ces médecins lui ont attribués sont de pouvoir suppléer aux sangsues dans les pays où ces animaux manquent, d'abréger de beaucoup la durée de l'opération de l'application des ventouses scarifiées,

et de la rendre moins douloureuse en pratiquant les piqûres dans le vide.

L'instrument de M. Demours n'est autre chose qu'une ventouse, qui présente de côté une tubulure sur laquelle est montée une pompe aspirante, et vers son fond une autre tubulure surmontée d'une boîte à *cuirs*. A travers cette boîte passe perpendiculairement une tige d'acier, terminée par un disque horizontal sur lequel sont fixées plusieurs lames de lancettes, que l'on rend plus ou moins saillantes en éloignant ou en rapprochant du disque une grille à travers laquelle passent leurs pointes. Pour appliquer cet instrument, on place et on fixe la grille de manière à ne laisser dépasser des lancettes qu'une longueur proportionnée à la profondeur à laquelle on veut que les piqûres pénètrent, c'est-à-dire dans le tissu cellulaire sous-cutané; on place la ventouse, on fait le vide, on abaisse la tige jusqu'à ce que les piqûres soient produites, on la relève, et le sang jaillit jusque vers le fond de la cloche.

L'instrument de M. Sarlandière a de plus que celui de M. Demours, une troisième tubulure, latérale et inférieure, et à laquelle est adapté un robinet destiné à donner écoulement au sang lorsque la cloche se trouve trop remplie. En supposant que le sang ne se coagulât pas, comme il le fait presque toujours, ce robinet serait encore inutile, car le sang ne pourrait s'écouler qu'autant que l'air pénètrerait dans la cloche; or, si, au moment où on ouvre le robinet, l'instrument est à peu près plein de sang, l'air ne pénètrera pas, et le liquide restera retenu dans la cloche par l'effet du vide, et si l'air pénètre par ce robinet, le sang pourra couler, mais le vide cessera, et l'instrument ne tenant plus, il sera plus court et plus commode de l'enlever pour le vider.

Le bdellomètre ne peut pas plus que les ventouses scarifiées remplacer les sangsues; l'écoulement que produisent tous ces instrumens, toujours fort à son début, parce que les tissus sont gorgés de sang, s'arrête bientôt, parce que la succion ne s'opère

qu'en dehors des piqûres, et que les parties fortement attirées dans la cloche se trouvent pressées et comprimées à leur passage à travers son ouverture. Il n'est pas prouvé que la douleur des piqûres soit moindre dans le vide qu'à l'air libre; et quant à l'avantage qu'on lui attribue sur les ventouses scarifiées, d'abréger la durée de l'opération, il est si faible qu'il mérite à peine d'être mentionné. Cet instrument coûte fort cher, et la plupart des praticiens emploient de préférence les ventouses scarifiées, lorsqu'ils ne peuvent se procurer de sangsues.

Nous ne parlerons pas d'une modification que M. Sarlandière a fait subir au bdellomètre pour le rendre propre à agir dans les fosses nasales, le vagin, etc., et qui consiste à substituer à la cloche un tube de verre contenant une tige armée d'un pinceau de soïes de sanglier, qui aurait pour usage d'opérer la déchirure des vaisseaux capillaires de la partie. Les tubes à l'aide desquels on porte les sangsues au fond des cavités nous paraissent plus propres à remplir le but que ce médecin se propose.

Acupuncture. L'acupuncture est une opération fort usitée à la Chine et au Japon, où elle a été inventée. On l'exécute en faisant pénétrer dans les tissus par un simple mouvement de ponction, ou par un mouvement de ponction uni à un mouvement de rotation, ou en l'enfonçant avec un maillet de corne ou d'ivoire, une aiguille d'or, d'argent, ou d'acier bien trempé, surmontée d'un manche taillé en spirale. Lorsque cette opération est exécutée avec adresse, l'aiguille peut pénétrer à de grandes profondeurs sans produire ni douleur vive, ni aucune lésion grave. Il est toutefois prudent de l'éloigner du trajet des gros troncs vasculaires et nerveux. On ignore la manière d'agir de ce moyen thérapeutique, que M. Berlioz a essayé de naturaliser en France, et que, dans ces derniers temps, M. J. Cloquet a tenté de faire revivre. N'agirait-il pas en soutirant le fluide nerveux dans les parties où il s'ac-

cumule, comme les pointes soutirent le fluide électrique? Ce qui tend à faire croire qu'il en pourrait bien être ainsi, c'est qu'il réussit surtout dans les *névroses*. Quoi qu'il en soit, on n'emploie pas assez l'acupuncture. Outre le parti que l'on peut en tirer dans les névroses, elle est de beaucoup préférable aux mouchetures lorsqu'il s'agit de donner issue à la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire, dans le cas d'anasarque.

Mouchetures. Lorsque les parties enflammées sont pourvues d'un grand nombre de vaisseaux capillaires sanguins, comme cela a lieu à la conjonctive, aux gencives, au prépuce, à la langue, il suffit de les inciser légèrement pour provoquer un écoulement de sang considérable. On a mis cette circonstance à profit dans la pratique, et l'on remplace quelquefois l'application des sangsues par des *mouchetures*. Ce sont de petites plaies superficielles, dirigées en travers de la direction des vaisseaux à diviser, dont le nombre est proportionné au dégorgement que l'on veut produire, et qu'on exécute avec la pointe d'une lancette. On met ensuite un cataplasme sur la partie, ou on l'expose à la vapeur de l'eau chaude pour faire couler le sang.

C'est surtout dans les inflammations de la conjonctive que les mouchetures sont utiles; appliquées à la plupart des autres tissus, elles ne provoquent qu'un écoulement de sang insuffisant et ajoutent à l'irritation locale.

On a quelquefois proposé d'employer les mouchetures dans le but de procurer une issue à la sérosité accumulée sous la peau. Elles peuvent en effet remplir ce but; mais souvent elles produisent, surtout lorsqu'elles sont multipliées, chez les vieillards, et lorsque la peau est froide et décolorée, une inflammation qui se termine par la gangrène des tégumens.

Scarifications. Les scarifications sont des plaies plus étendues que les mouchetures, et qu'on pratique dans les mêmes circonstances et dans le même but. Leur étendue plus considé-

rable fait qu'elles offrent à un plus haut degré les avantages et les inconvéniens de ces dernières.

On se sert pour pratiquer les scarifications d'un instrument compliqué, imaginé depuis fort long-temps, et nommé à cause de son usage *scarificateur*. Il est composé d'une sorte de boîte de cuivre ou d'argent, de forme cubique, qui présente sur une de ses faces douze, seize ou vingt fentes, destinées à livrer passage à autant de pointes de lames de lancettes, qui, mues par un ressort et sortant par une de leurs extrémités et rentrant par l'autre en décrivant au dehors un demi-cercle, font en un instant presque indivisible, autant de plaies à la surface sur laquelle l'instrument est posé. Cet instrument offre le très-grand avantage d'agir avec une si grande célérité, que la douleur qu'il produit est presque nulle; il a de plus celui de faire des plaies dont l'étendue et la profondeur peuvent toujours être calculées d'avance. C'est, sans contredit, le meilleur qu'on puisse employer, mais sa structure compliquée le rend difficile à entretenir dans un état convenable, et les chirurgiens français lui préfèrent le bistouri, qu'ils font agir en le promenant légèrement et dans divers sens à la surface des parties. M. Larrey a fait construire un *scarificateur* qui consiste en un onglet tranchant, partant à angle droit, d'une tige qui s'articule avec un manche comme la lame d'un bistouri. Cet instrument, dont on se sert comme du bistouri, a sur lui l'avantage de ne pas faire des plaies beaucoup plus profondes qu'on ne se propose, lorsqu'il est conduit par des mains inhabiles; mais il est très-difficile de le faire couper, et nous le croyons inutile. M. le docteur Cruveilhier, ayant reconnu les bons effets de la saignée de la membrane pituitaire dans les cas de phlegmasies cérébrales, a inventé, pour la pratiquer, un instrument qu'il propose à tort de nommer *phlébotome* de la pituitaire, puisqu'il agit sur le tissu même de la membrane plutôt que sur les veines qui la parcourent, et qui ne nous paraît être autre chose qu'un scarificateur. Il est formé sur le modèle du lithotome caché, et

a deux lames de rechange, dont l'une est pointue comme un trocart, et dont l'autre est terminée par un bord tranchant de deux lignes de longueur. La première de ces deux lames sert lorsqu'on ne veut obtenir qu'un écoulement de sang peu abondant; la seconde doit être employée quand on veut faire une saignée plus considérable. Nous n'avons jamais vu cet instrument, que l'on remplacera toujours avec avantage par l'application d'une ou deux sangsues de chaque côté de la cloison des fosses nasales, ou par des mouchetures faites avec la pointe d'une lancette.

Incisions et débridemens. Lorsque la congestion est si considérable et si rapide que les moyens ordinaires de provoquer un dégorgement local seraient insuffisans, il faut recourir à des incisions profondes qui procurent un écoulement de sang dont l'intensité soit proportionnée à celle de l'afflux. C'est ainsi que nous avons vu, il y a peu de temps, un homme dont la lèvre supérieure était devenue le siége d'une congestion telle, que quelques minutes avaient suffi pour faire acquérir à cet organe un volume énorme, une couleur livide et une dureté tout-à-fait extraordinaire. Nous crûmes ne pouvoir mettre cette lèvre à l'abri d'une gangrène inévitable, qu'en l'incisant profondément dans toute sa longueur et dans toute son épaisseur, de son bord libre à son bord adhérent.

Lorsque la continuation ou l'intensité de l'inflammation tiennent à la résistance que des tissus fibreux, placés autour des organes phlogosés, opposent à leur développement morbide, c'est encore par des incisions qu'on fait cesser l'étranglement des parties et la violence des symptômes; mais alors les incisions portent moins sur les parties irritées que sur les tissus qui les serrent, et elles portent à cause de cela le nom de *débridemens.*

Compression. C'est un moyen qui peut être fort utile dans le traitement de certaines inflammations; mais il est nécessaire d'en surveiller les effets. En général, elle convient dans tous

les cas où une inflammation chronique a affaibli les tissus, dilaté les vaisseaux et rendu la circulation des fluides difficile, et où, en même temps, il n'existe ni douleur ni irritation vives. Dans ces cas, la compression supplée à la résistance affaiblie des tissus. On a aussi proposé d'opposer ce moyen aux inflammations aiguës, soit en l'appliquant sur le trajet de l'artère principale de la partie, soit en l'appliquant sur la partie elle-même : dans l'un et l'autre de ces cas, la compression agirait en s'opposant à l'abord du sang. On conçoit qu'appliqué loin du siége de la maladie, ce moyen puisse, dans le premier cas, la faire diminuer ou cesser, en lui enlevant en quelque sorte son aliment nécessaire ; mais qu'appliquée sur la partie elle-même la compression puisse combattre avec efficacité une inflammation violente, cela ne s'explique pas aussi facilement, surtout lorsque l'on se rappelle que dans les inflammations profondes des membres on est obligé d'inciser largement les aponévroses d'enveloppe, dont la résistance produirait infailliblement la gangrène des tissus phlogosés. Et cependant l'efficacité de cette compression n'est pas douteuse ; on a vu des érysipèles phlegmoneux promptement améliorés ou guéris par son emploi. M. Velpeau en a consigné un grand nombre d'exemples dans les *Archives générales de Médecine*. Nous avons vu également consignées quelque part, sans pouvoir nous rappeler dans quel écrit, des observations intéressantes d'inflammations articulaires guéries par le même moyen.

Ce n'est point ici le lieu de faire connaître les moyens d'établir une compression sur les artères, nous nous bornerons à établir les règles d'après lesquelles la compression des membres, la seule qui puisse être soumise à des règles générales, doit être exécutée. Pour faire le bandage compressif ou roulé, on se sert d'une bande dont la longueur et la largeur varient suivant les dimensions de la partie. Les règles à suivre dans son application sont : 1° que le bandage soit commencé

à la partie inférieure du membre, quelle que soit la hauteur où le mal se trouve placé, afin d'éviter les engorgemens séreux, sanguins ou inflammatoires qui pourraient survenir au-dessous; 2° qu'il soit conduit par une constriction décroissante depuis la partie inférieure du membre où il commence jusqu'à la supérieure où il finit; 3° que la constriction qu'il exerce soit proportionnée au besoin, sans être jamais assez considérable pour empêcher la circulation et déterminer des engorgemens divers ou la gangrène de la partie; 4° qu'il n'arrive que peu à peu, c'est-à-dire après plusieurs pansemens, au degré de constriction qu'on se propose de lui donner; 5° qu'il soit renouvelé et visité souvent; 6° que du reste on se conforme, pour l'application de la bande, aux règles établies ailleurs.

Embrocations ou *onctions*. C'est surtout contre les *douleurs* des inflammations chroniques que les embrocations sont en usage. On les fait en répandant des huiles ou des graisses chargées de quelques propriétés médicamenteuses, sur les parties affectées, que l'on enveloppe ensuite de flanelle sèche.

Fomentations. On emploie les fomentations lorsqu'une maladie est légère et superficielle, ou comme moyen auxiliaire dans les inflammations graves. On les fait en recouvrant les parties malades d'un morceau de flanelle ou de linge plié en plusieurs doubles et imbibé de quelque décoction émolliente, narcotique, astringente, etc. Ce pansement est ordinairement appliqué chaud ou tiède; il a besoin, pour être efficace, d'être souvent renouvelé, afin de prévenir la sécheresse ou le refroidissement. On se trouve très-bien de recouvrir l'appareil d'un morceau de taffetas gommé qui prévient l'un et l'autre de ces inconvéniens. Il est de la plus haute importance de ne pas laisser exposées au contact de l'air les parties sur lesquelles on entretient des fomentations, parce que ces parties sont beaucoup plus sensibles aux changemens brusques de température.

Cataplasmes. Les cataplasmes sont beaucoup plus employés que les embrocations et les fomentations, parce que la matière qui les compose, et à laquelle on donne différentes propriétés médicamenteuses, conserve plus long-temps la chaleur et l'humidité, et n'a pas besoin d'être renouvelée aussi souvent. Cette matière doit avoir la consistance d'une bouillie épaisse; trop ferme, elle aurait moins d'action, se dessècherait par l'effet de la chaleur de la partie, et occasionerait de la douleur et de l'irritation; trop liquide, elle s'écoulerait sur les parties voisines, souillerait l'appareil, et, réduite à une couche très-mince, se dessècherait comme dans le premier cas. La meilleure manière d'employer les cataplasmes est de les appliquer à nu : pour cela on étend la pâte qui les forme sur un linge dont on replie les quatre bords, afin de la retenir, et, après avoir rasé la partie et recouvert la plaie, s'il en existe, d'une couche mince de charpie, on pose le cataplasme de manière qu'il soit partout en contact immédiat avec les tégumens. Cependant, lorsque l'on craint que la matière du cataplasme pénètre dans quelque cavité, on la recouvre d'un morceau de linge fin, ou on la renferme dans un linge replié sur lui-même. Pour maintenir un cataplasme appliqué, il faut étendre par-dessus une compresse plus grande que lui, et fixer le tout à l'aide de tours de bande serrés sur ses deux extrémités, c'est-à-dire aux endroits où elle dépasse le cataplasme, lâches au contraire dans tous les points où elle est en contact avec lui. On doit renouveler les cataplasmes d'autant plus souvent que leur composition les rend plus susceptibles de fermentation, ou que les matières dont ils sont formés comprennent des principes plus volatils. En général, on les renouvelle deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

M. Blaquière a proposé de remplacer la pâte du cataplasme par des tranches minces d'éponge fine appliquées sur la partie, et sans cesse humectées avec des décoctions appropriées au but que l'on se propose de remplir. L'expérience lui a prouvé

que ce moyen remplit les mêmes indications que les cataplasmes; qu'il est moins fatigant par son poids, moins susceptible de s'altérer; qu'il n'a pas besoin d'être renouvelé aussi souvent et ne salit pas comme eux les parties sur lesquelles on l'applique.

Frictions. Les frictions peuvent être faites dans deux buts différens. Quelquefois on se propose seulement d'opérer par leur moyen une *révulsion* sur le système cutané; d'autres fois on les pratique dans l'intention de faire pénétrer dans l'économie, et par voie d'absorption, quelque substance médicamenteuse. Dans le premier cas, on les exécute en frottant la peau de quelque partie, jusqu'à ce qu'elle soit rouge et chaude, avec la main, ou avec une flanelle ou une brosse, seules ou imprégnées de quelque vapeur aromatique : on les appelle alors frictions *sèches*. Elles conviennent peu dans les inflammations intérieures aiguës, mais elles constituent un des meilleurs révulsifs externes dans les phlegmasies chroniques et faibles des viscères intérieurs. Pourvu qu'elles soient faites de manière à ne pas arracher l'épiderme ou à ne pas produire la vésication, on peut les répéter très-souvent et leur donner une très-longue durée. Dans le second cas, la partie étant rasée, nettoyée et exposée à un feu clair, on étend la substance médicamenteuse, qui ordinairement est à l'état liquide ou mou, et le malade fait, avec la paume de la main, des frictions qu'il continue jusqu'à ce que le médicament soit absorbé. Lorsque le sujet ne peut pas faire lui-même cette opération, le chirurgien l'exécute, mais avec la précaution d'envelopper la main qui opère dans un gant ou dans une vessie, afin d'éviter qu'il n'absorbe lui-même une partie du médicament; ce qui aurait le double inconvénient de l'exposer inutilement à l'action d'une partie du remède, et de diminuer d'autant l'effet à produire. La friction achevée, on recouvre la partie avec un linge ou une flanelle, et on n'en recommence une nouvelle qu'après avoir enlevé par un bain ou par des lotions toutes les portions

de la substance médicamenteuse qui, n'ayant pas été absorbées, se seraient desséchées à la surface du derme et en obstrueraient les pores absorbans.

Rubéfians. On emploie, pour rougir fortement la peau et y déterminer une irritation dérivative plus forte que celle des frictions, plusieurs substances telles que la farine de graine de moutarde, l'ail pilé, la poix de Bourgogne, la térébenthine, les bains alcalins, les acides étendus, etc. Le plus employé de tous ces moyens est la farine de moutarde délayée dans du vinaigre, et dont on fait une pâte qu'on emploie comme un cataplasme. C'est ordinairement autour du pied et de la partie inférieure de la cuisse que ce topique, appelé *sinapisme*, est appliqué. Pour qu'il ait quelque efficacité, il faut qu'il agisse sur une large surface. On doit le retirer lorsque le malade ressent une chaleur un peu vive, car il pourrait produire la vésication. En général, deux à trois heures suffisent pour qu'il ait produit l'effet désiré.

Vésicatoires. Plusieurs des topiques dont on se sert pour produire la rubéfaction sont susceptibles de déterminer la vésication lorsqu'on les laisse séjourner pendant un temps assez long sur la peau. On peut aussi produire le même effet en laissant séjourner pendant un peu de temps sur le derme quelques-uns des moyens connus de produire l'escarrification des tissus. Mais de tous les moyens le plus employé est un emplâtre ordinairement composé de vieux levain et de vinaigre, ou de quelque substance emplastique, et qui doit sa propriété vésicante à une certaine quantité de poudre de cantharides dont on le recouvre avant de l'appliquer. Depuis un certain nombre d'années les pharmaciens préparent un taffetas *vésicant*, qui ne contient que la matière extractive des cantharides et irrite beaucoup moins les voies urinaires. Pour préparer l'emplâtre vésicatoire, on l'étend sur un linge dont on replie les bords, afin de l'empêcher de porter, en coulant, son action sur les régions voisines, et on le saupoudre de can-

tharides, auxquelles quelques personnes font mêler du camphre en poudre, afin de préserver la vessie de l'inflammation qu'elles produisent quelquefois. Lorsqu'on fait usage du taffetas vésicant, il suffit d'en tailler un morceau de la grandeur de l'ampoule qu'on veut produire; cela fait, on rase la partie, on la frotte avec un linge imbibé de vinaigre jusqu'à ce qu'elle soit rouge; on applique le vésicatoire, qu'on maintient en place à l'aide d'une compresse et d'un bandage approprié; douze heures après, l'ampoule est produite, et on peut relever l'emplâtre. La conduite du chirurgien est alors différente, selon qu'il veut ou non entretenir la suppuration dans la plaie. S'il veut ne produire qu'un effet momentané, ou n'appliquer, comme on le dit, qu'un vésicatoire *volant*, il incise, çà et là, la vésicule afin de la vider, et applique par-dessus un linge fin enduit de cérat. Au bout de quelques jours de l'emploi de ce pansement, l'épiderme soulevé se détache, et le tissu muqueux sous-jacent est recouvert d'un épiderme de nouvelle formation. Si au contraire c'est un vésicatoire permanent qu'il veut établir, il incise largement l'épiderme sur la circonférence de la vésicule, le saisit avec des pinces et l'enlève, et panse la plaie avec une feuille de poirée, ou un linge enduit de beurre ou de cérat, auquel il mêle par la suite une plus ou moins grande proportion de pommade au garou, de pommade épispastique, d'onguent basilicum, d'onguent de la mère, etc., chaque fois que la suppuration lui paraît avoir besoin d'être ranimée. Il ne faut cependant pas faire un trop grand usage des excitans, parce qu'ils ont l'inconvénient d'enflammer et de dessécher la plaie, de provoquer la formation d'une fausse membrane adhérente à sa surface, et qu'on ne peut en détacher que de force à l'aide des pinces ou en la frottant rudement avec un linge dur; quelquefois même ils produisent l'inflammation vive de la partie ou des ganglions lymphatiques voisins.

Lorsqu'on veut convertir un vésicatoire en cautère, il suffit

d'appliquer sur la plaie un emplâtre de cérat percé d'un trou dans lequel on place un pois, d'abord petit, puis de plus en plus gros, qu'on soutient à l'aide d'une compresse épaisse et de quelques tours de bande un peu serrés. Par l'effet de ce pansement, le point sur lequel appuie le pois se déprime, et finit par former une cavité capable de le recevoir complètement, tandis que le reste de la plaie se cicatrise.

Eau bouillante. La lenteur avec laquelle les rubéfians et les vésicatoires agissent les rend inutiles dans tous les cas où, une forte congestion se formant avec beaucoup de rapidité sur un organe important, comme cela a lieu dans quelques cas d'apoplexie, de convulsions ou d'hémoptysie, etc., on veut ajouter à l'effet des saignées abondantes que l'on pratique ordinairement alors, par l'emploi d'un irritant dérivatif qui agisse au moment même de son application. L'eau bouillante dont on imbibe une compresse pliée en plusieurs doubles, et qu'on applique ensuite pendant quelques secondes sur la partie où l'on veut établir un point de dérivation, offre dans ces cas un moyen en quelque sorte héroïque, mais qui demande quelque habitude dans son emploi, parce qu'on peut facilement aller au-delà du but, c'est-à-dire déterminer l'escarrification des tissus, au lieu d'une vésication ou d'une simple rubéfaction.

Pommade ammoniacale et ammoniaque pure. M. Gondret a eu l'idée d'incorporer l'ammoniaque avec la graisse ou le suif, pour en former une pommade qui pût au besoin servir de rubéfiant, de vésicatoire ou d'escarrotique. Pour s'en servir, on l'étend sur un linge en couche épaisse d'une demi-ligne à une ligne, et on l'applique pendant cinq ou dix minutes, ou un quart d'heure, selon qu'on veut produire le premier, le second, ou le dernier de ces effets. Ce topique, moins douloureux que le cautère actuel et l'eau bouillante, a encore sur eux l'avantage de ne pas étendre son action au-delà du contact, et de pouvoir être appliqué sur des tissus voisins d'autres tissus qu'il importe de ménager. C'est ainsi qu'il est préférable pour opé-

rer la cautérisation sincipitale, parce qu'il ne peut pas, comme la chaleur qui s'échappe en rayonnant d'un corps en ignition, s'étendre jusqu'aux membranes du cerveau ou au cerveau lui-même. Mais il a l'inconvénient de s'affaiblir en peu de temps, parce que l'alcali volatil se dégage; de sorte que quand on n'a pas de pommade récemment préparée, on n'est pas sûr de l'effet qu'on produira. Cette raison a déterminé quelques praticiens à employer l'ammoniaque liquide pure, dont on se sert comme de l'eau bouillante.

Moxa. On appelle *moxas* certains corps combustibles qu'on fait brûler sur la peau. On les prépare ordinairement avec du coton cardé, roulé en cylindre très-serré, fortement ficelé, et revêtu d'une toile solidement cousue. Mais l'amadou, l'étoupe, la mèche des canonniers, peuvent servir à composer ce cylindre, lequel, divisé en autant de parties qu'il a de pouces de longueur, forme autant de moxas. Plus le moxa est compacte, et plus son action est forte. Pour être appliqué facilement, il doit être coupé net à ses deux extrémités. Son diamètre est plus ou moins grand selon l'effet qu'on veut produire; en général, il est de huit à dix lignes; il peut n'être que de trois à quatre, et aller jusqu'à un pouce et demi.

Lorsqu'on veut appliquer un moxa, on met le malade dans une position telle qu'on puisse facilement se rendre maître de ses mouvemens, on couvre la partie d'un linge mouillé, au centre duquel on a pratiqué une ouverture qui doit correspondre au lieu sur lequel on veut faire l'application du cylindre. On saisit alors celui-ci avec une pince à anneaux, on enflamme une de ses extrémités en la présentant à une bougie allumée, on l'applique par l'autre extrémité placée dans l'ouverture du linge, et on entretient la combustion jusqu'à ce qu'il soit entièrement consumé, en soufflant doucement dessus, soit avec la bouche, soit avec un soufflet ordinaire, soit avec un chalumeau. Un sentiment de chaleur auquel succède bientôt une douleur des plus vives, la rougeur, la formation d'une vésicule qui se

rompt avec éclat et fait place à une eschare noire ou jaune, sèche, insensible, qui pénètre toute l'épaisseur de la peau, et est entourée de rides rayonnantes, indices du racornissement que le tissu du derme a subi, tels sont les phénomènes qui accompagnent l'application du moxa. L'opération terminée, la douleur cesse aussitôt. On recouvre la partie d'un linge sec, d'un emplâtre d'onguent de la mère, ou si l'on veut d'un cataplasme émollient, le tout contenu par une compresse et une bande, jusqu'à la chute des parties désorganisées de la peau, qui arrive en général du vingtième au trentième jour; après quoi on panse la plaie comme une perte de substance simple, si l'on veut la guérir, ou on la convertit en cautère en y plaçant un ou plusieurs pois. MM. Percy, Larrey et Sarlandière, dans l'intention de diminuer les douleurs de cette opération, ont proposé de composer le moxa : le premier, avec la moelle de *l'helianthus annuus* qu'on a fait bouillir dans une forte dissolution de nitrate de potasse; le second, à l'imitation des Japonais et des Chinois, avec le duvet de l'armoise; et le troisième, avec les feuilles de cette plante, disposées en pyramides que l'on applique par leur base et au sommet desquelles on met le feu. Ces substances légères brûlent fort vite; mais par cela même elles n'agissent que faiblement, et l'on ne doit les préférer au moxa ordinaire, que lorsqu'il faut en appliquer un grand nombre, et qu'on a l'intention d'agir long-temps plutôt qu'énergiquement.

Fonticule ou cautère. Le cautère est une espèce d'ulcère artificiel, qu'on empêche de se cicatriser en y plaçant un corps étranger. On doit l'éloigner des saillies osseuses, des vaisseaux, des nerfs, du trajet des tendons et du corps des muscles, et il doit être autant que possible placé dans les points où l'on rencontre beaucoup de tissu cellulaire. C'est ainsi qu'on l'applique au bras, immédiatement au-dessous de l'insertion inférieure du muscle deltoïde; à la cuisse, à deux travers de doigt environ au-dessus du condyle interne du fémur sur la ligne cellu-

leuse, bornée en avant par le muscle vaste interne et en arrière par les tendon du troisième adducteur et du biceps ; à la jambe, immédiatement au-dessous de l'expansion tendineuse nommée la patte-d'oie, derrière le bord interne du tibia, et au-devant de celui des muscles soléaires et jumeaux internes ; à la nuque, dans l'écartement des splénius; au dos et aux lombes, dans toute la longueur des gouttières vertébrales; au thorax, aux points qui correspondent aux intervalles inter-costaux ; aux hypochondres, le long du rebord inférieur des dernières côtes; enfin, autour des articulations, dans les points où elles offrent les amas celluleux les plus considérables.

Il y a deux manières de pratiquer le cautère. La première et la plus simple consiste à faire avec un bistouri, aux tégumens en place ou soulevés par un pli, une petite incision qui traverse leur épaisseur, et dans laquelle on place une boulette de charpie. On soutient celle-ci par une compresse et quelques tours de bande, et on la laisse jusqu'à ce que la suppuration soit établie, c'est-à-dire pendant quatre ou cinq jours. On la remplace alors par un pois, une petite orange, un globule de racine fraîche ou sèche d'iris, ou tout autre corps semblable; on renouvelle ensuite ce corps étranger tous les jours; on le maintient en place à l'aide de quelque emplâtre ou papier agglutinatif, ou tout simplement d'une feuille de lierre, recouverts d'une compresse et d'une bande.

La seconde manière est préférable lorsque le sujet est pusillanime et dans le cas où l'on veut produire une irritation plus forte. Elle consiste à pratiquer aux tégumens une perte de substance par le moyen d'un caustique. A cet effet, on colle sur la partie un large et épais emplâtre agglutinatif, au centre duquel on a pratiqué une ouverture qui correspond au lieu où l'on veut établir le cautère, et qui est moins grande de moitié que l'eschare que l'on veut produire; on place dans cette ouverture un morceau de potasse caustique très-pure et très-sèche, de la même grandeur qu'elle, et on l'entoure d'un cercle de char-

pic destiné à le maintenir et à absorber le liquide caustique qui résulte de sa liquéfaction, lequel décollerait l'emplâtre et ferait des fusées sur la peau. On applique par-dessus le tout un emplâtre sans ouverture, de la même nature et de la même grandeur que le premier, et on termine en entourant les parties d'une compresse soutenue par quelques tours de bande.

Une heure environ après l'application, le malade commence à éprouver un sentiment de chaleur brûlante qui dure pendant un temps variable. En général, au bout de douze heures l'action du caustique est épuisée et l'on peut lever l'appareil; mais il faut le laisser séjourner bien moins de temps sur la poitrine ou l'abdomen, surtout lorsque les parois de ces cavités sont minces. Au bout de quatre heures son action est ordinairement produite, la peau et le tissu cellulaire sont détruits, et en prolonger davantage le séjour serait s'exposer à le voir attaquer les muscles, et même pénétrer à l'intérieur, et causer d'affreux ravages. L'opération a bien réussi, quand on a obtenu une eschare molle, parfaitement noire, et parfaitement ronde. On accélère la chute de cette eschare en la recouvrant d'emplâtres suppuratifs; après quoi on panse la plaie comme il a été dit plus haut. Si la suppuration vient à languir, on l'excite en recouvrant le pois de pommade épispastique ou de quelque autre stimulant; si les chairs du fond ou de la circonférence du cautère végètent avec beaucoup d'activité, on les réprime avec le nitrate d'argent, ou on les excise.

Séton. On appelle séton une bandelette de linge effilée sur ses bords, ou une mèche cylindrique de coton à broder, qu'on passe à travers certaines parties, dans lesquelles on veut exciter une irritation vive, et provoquer la suppuration. C'est ainsi qu'on passe un séton entre les fragmens d'une fracture ancienne non réunie, ou à travers la tunique vaginale hydropique, etc. Employé comme moyen révulsif, on place toujours le séton dans le tissu cellulaire sous-cutané; à la nuque, par exemple, dans les inflammations de la tête, des yeux et de la gorge; sur

les côtés de la poitrine, dans les affections des organes contenus dans cette cavité, etc. L'opération par laquelle on place un séton sous-cutané, l'une des plus simples et des plus faciles, se pratique par deux procédés différens. Pour l'exécuter par le procédé le plus ordinaire, on prépare une alèze, de la charpie, une compresse, une bande, et on se munit d'un bistouri droit et aigu, ainsi que d'un stylet-aiguille, dans lequel on passe la mèche, qu'on enduit de cérat ou de quelque autre corps gras. L'alèze étant placée et la partie rasée, le chirurgien fait aux tégumens un pli perpendiculaire à la direction qu'il veut donner au séton, et, après en avoir confié une extrémité à un aide, tandis qu'il tient l'autre entre le pouce et l'indicateur de l'une de ses mains, il en traverse la base avec le bistouri, en appuyant un peu sur la pointe et relevant le talon, afin de faire la plaie de sortie aussi large que celle d'entrée; il retire l'instrument, en évitant d'inciser davantage les parties, et y substitue le stylet-aiguille, qu'il tire par le point opposé à son entrée, jusqu'à ce qu'il soit sorti, et qu'il ait entraîné après lui deux ou trois pouces de la longueur de la mèche. Quelques personnes glissent ce stylet sur la lame du bistouri; mais quand on tient bien le pli fait aux tégumens, le trajet entre les deux plaies est si court, qu'il est tout-à-fait impossible de se fourvoyer, et en suivant le procédé qui vient d'être décrit, on évite l'embarras de tenir et de faire agir en même temps deux instrumens dans une plaie étroite.

Dans le second procédé, le meilleur, parce qu'il est le plus court, on ne se sert ni du bistouri ni du stylet, mais on fait usage d'un instrument qui les remplace tous deux, parce qu'en même temps il fait la plaie et y dépose la mèche. Cet instrument est l'aiguille à séton, formée d'une lame plate, longue de cinq à six pouces, large de six lignes, terminée en pointe de lancette par une de ses extrémités, et présentant à l'autre une ouverture dans laquelle on passe le séton. Pour se servir de cet

instrument, on présente sa pointe à la base du pli de la peau, qu'on traverse rapidement, et on le retire par le point opposé à son entrée.

Enfin, dans ces derniers temps, M. Jaecquemyns, médecin Belge, a imaginé un *passe-mèche*, qui, comme le précédent, fait la plaie et dépose la mèche en même temps, et a sur lui l'avantage de pouvoir être manié avec plus facilité, de rendre l'opération plus prompte, et d'épargner par conséquent de la douleur au malade. Qu'on se figure l'aiguille à séton ordinaire, percée d'un chas à un pouce et demi de sa pointe, et s'articulant avec un manche à quelques lignes plus loin, et l'on aura une idée assez juste de cet instrument. On conçoit que la mèche se trouve passée aussitôt, pour ainsi dire, que les deux ouvertures sont pratiquées, et qu'il est inutile dès-lors de faire parcourir tout le trajet de la plaie par une lame de cinq à six pouces, comme cela arrive avec l'aiguille à séton. On retire donc le manche qui porte la petie lame, par l'ouverture d'entrée, et cette lame qui s'en sépare très-aisément, reste pendante au bout de la mèche à l'ouverture de sortie. Cette faculté de pouvoir retirer le manche par la première incision, a permis à l'inventeur de lui donner une forme commode pour pouvoir le tenir dans la main, et de pratiquer dans son épaisseur une case pour loger la lame. Un peu plus de longueur donnée au manche, et l'addition de quelques lames de rechange de largeurs diverses, pour pouvoir pratiquer des sétons de toutes dimensions, feront de cet instrument le plus commode qui ait été imaginé pour faire cette petite opération.

De quelque procédé qu'on ait fait usage, lorsque la mèche est passée, on lâche les tégumens qui reprennent leur position naturelle ; on dégage le stylet ou l'aiguille ; on place sur les ouvertures deux plumasseaux, sur l'un desquels on relève l'extrémité de la mèche qui a parcouru le trajet de la plaie, afin qu'elle ne fasse aucun mouvement rétrograde ; on place une compresse double ou quadruple, par-dessus laquelle on relève

et on replie le long bout de la mèche pour le préserver de tiraillement et de souillure, et on maintient le tout par quelques tours de bande peu serrés. On ne doit commencer à panser le séton que lorsque la suppuration est bien établie ; le pansement consiste à introduire tous les jours dans la plaie une nouvelle portion de la mèche qu'on a préalablement froissée entre les doigts, pour l'amollir, puis enduite de cérat, et à retrancher celle qui y a séjourné depuis le pansement précédent. On diminue de beaucoup les douleurs en appliquant sur la partie et entre deux linges un cataplasme émollient qui facilite la suppuration et détrempe la mèche, et en plaçant la partie dans une position telle que la peau soit dans le plus grand relâchement possible.

Lorsque la mèche est usée, si c'est une bandelette, on en coud une nouvelle après l'extrémité de celle qui va finir, et qui sert à la conduire dans la plaie ; si c'est une mèche cylindrique, on écarte dans des sens opposés trois ou quatre des fils qui la constituent, et on retranche le reste ; alors on attache solidement le bout de la mèche nouvelle dans l'écartement des fils ; le reste du pansement se fait comme à l'ordinaire.

Lorsque la suppuration languit, on la provoque en recouvrant le séton de quelque pommade excitante. Quelquefois la gangrène s'empare de la peau : cela dépend ordinairement de ce que le malade se tient dans une position telle que les tégumens sont fortement tendus sur la mèche. On peut éviter cet inconvénient en lui faisant prendre une position meilleure.

Mais de temps à autre, quoi qu'on fasse, il arrive que les deux ouvertures se rapprochent peu à peu l'une de l'autre et finissent par se confondre. Quelquefois aussi, mais rarement, le trajet du séton se recouvre d'une véritable cicatrice, et toute suppuration cesse. L'art est souvent impuissant pour empêcher ces accidens.

Quelques malades ne peuvent en aucune manière supporter le séton, tandis que d'autres s'en aperçoivent à peine. Deux causes contribuent surtout à le rendre très-douloureux. La première qui dépend de la manière dont l'opération a été pratiquée, tient à ce qu'en appliquant le séton sur une partie arrondie, à la nuque par exemple, on a trop soulevé la peau avant de la traverser, et que les deux ouvertures se trouvant très-éloignées l'une de l'autre quand l'opération est achevée, la mèche décrit une courbe sur le cou au lieu de suivre un trajet direct. Il en résulte que cette mèche presse sans cesse sur la paroi profonde de la plaie, et que, pendant les pansemens surtout, cette pression est inévitable, très-forte et souvent très-douloureuse. Signaler cet inconvénient, c'est indiquer en même temps les moyens de le prévenir. La seconde cause de douleur résulte du séjour du pus dans le trajet de la plaie. Il arrive souvent en effet que, malgré les précautions les mieux prises et des pansemens bien faits, le pus s'accumule sous la peau, la distend, l'amincit, et y forme une espèce de poche qu'il faut vider par des pressions à chaque pansement, et qui dans l'intervalle occasione beaucoup de douleur. On est même quelquefois obligé de pratiquer une contre-ouverture pour faciliter l'écoulement de ce liquide. M. Mêlier pense avec raison que l'on préviendrait cet inconvénient, en plaçant les sétons obliquement ou verticalement suivant les parties, de manière à rendre l'ouverture de sortie plus déclive que celle d'entrée, et l'issue du pus toujours facile.

ORDRE PREMIER.

IRRITATIONS INFLAMMATOIRES OU INFLAMMATIONS.

De l'inflammation en général.

L'irritation inflammatoire, l'*inflammation* ou la *phlegmasie*, est la plus fréquente de toutes les formes de l'irritation. Cette vérité est aujourd'hui généralement admise. On s'accorde même à reconnaître que, dans l'histoire de la plupart des autres maladies, on la retrouve très-fréquemment encore, soit comme cause déterminante, soit comme effet, soit enfin comme complication accidentelle.

Les causes de l'inflammation sont nombreuses et variées. Toutes les violences extérieures, tous les agens irritans, toutes les influences atmosphériques, toutes les affections morales, et la plupart des corps de la nature peuvent la produire. Le tempérament sanguin, la pléthore sanguine, l'âge adulte, les alimens trop nourrissans, et les boissons alcooliques, prédisposent à la contracter. Ces dernières causes agissent en modifiant la composition du sang, en lui imprimant des qualités nouvelles, en le rendant plus excitant pour les organes. Leur action va même quelquefois jusqu'à donner des qualités tellement irritantes à ce liquide, que sans le concours des causes extérieures appréciables, il suffit pour faire naître de violentes inflammations. Mais comme il n'acquiert que graduellement ces propriétés, on voit ces phlegmasies se préparer, pour ainsi dire, de longue main, pour éclater enfin dans un ou plusieurs organes, souvent sans cause apparente. C'est ainsi que se fomentent fréquemment ces *pneumonites*, ces *arthrites*, etc., que les malades disent qu'ils *couvaient* depuis long-temps, lesquels se déclarent en effet sans qu'on puisse en deviner les causes occasionelles. En quoi consiste la modification que le sang a éprouvé dans ces circons-

tances? La chimie ne nous l'a point appris; mais la simple inspection fait voir, qu'il est plus riche en fibrine, et qu'il se recouvre d'une couenne inflammatoire en se coagulant. Nous ferons remarquer en passant qu'une saignée faite à propos, en débarrassant ce liquide de son excès de fibrine et augmentant par suite la proportion du sérum qui entre dans sa composition, diminuerait ses qualités irritantes, préviendrait probablement le développement d'une phlegmasie souvent imminente, et que par conséquent les saignées dites *de précaution* ne sont pas toujours inutiles, comme on le prétend généralement aujourd'hui. Nous verrons en traitant de chaque phlegmasie en particulier quelles en sont les causes spéciales.

L'inflammation consistant, comme nous l'avons dit, dans l'augmentation de l'action organique d'un tissu avec appel plus considérable du sang, est caractérisée principalement par la coloration en rouge qui annonce la présence de ce liquide, par l'accroissement de température et le gonflement de la partie qui en sont les effets, et par l'augmentation de la sensibilité. *Rougeur, douleur, chaleur* et *tumeur*, tels sont donc les caractères de l'inflammation; tâchons de les bien apprécier.

La rougeur est le caractère fondamental de l'inflammation; indice de l'abord et du séjour plus considérable du sang dans la partie où on l'observe, c'est elle par conséquent qui différencie l'irritation inflammatoire des irritations nerveuse, sécrétoire, hémorrhagique, etc. Il faudrait donc à la rigueur la constater dans un tissu pour pouvoir affirmer qu'il a été enflammé. Cependant elle diminue et disparaît même quelquefois après la mort; c'est un fait qui a été maintes fois constaté dans l'érysipèle et l'angine. Son absence ne prouve donc pas toujours qu'une partie n'a pas été enflammée, mais elle n'en est pas moins une très-forte présomption contre l'existence de toute phlegmasie dans un organe; et pour admettre qu'il y a eu inflammation là où on ne voit pas de rougeur, il faut que les autres symptômes aient été tellement évidens et que les analogies

avec d'autres faits non équivoques soient tellement puissantes, que le doute ne soit plus possible.

Les nuances de la rougeur inflammatoire sont très-variées; depuis la teinte rosée, et à peine appréciable, jusqu'au violet et au brun noirâtre, on trouve tous les tons intermédiaires. Diverses circonstances produisent ces résultats. D'abord, l'intensité de l'inflammation: plus elle est forte et plus la rougeur est vive; en second lieu, son degré d'ancienneté et de chronicité: plus elle est ancienne et chronique, et plus la coloration violette ou noirâtre est prononcée; troisièmement, la texture des tissus: on la trouve plus marquée dans les parties abondamment pourvues de vaisseaux sanguins que dans les autres tissus qui, comme les os, n'en ont qu'un petit nombre.

La douleur est un symptôme commun à toutes les formes de l'irritation et à beaucoup d'autres maladies; elle n'est donc pas réellement caractéristique de l'inflammation. Cependant, il importe de la ranger parmi les signes de cet état morbide, car souvent rien ne le distinguerait de la stase mécanique du sang produite par un obstacle au cours de ce liquide, si la douleur n'existait pas pour prouver que l'abord du sang qui le constitue est bien un phénomène actif et non passif. La douleur ajoute donc à la valeur, comme signe, de la coloration en rouge des tissus. Mais elle n'existe pas toujours, ou elle n'est pas toujours sentie. D'abord, elle existe à peine, et quelquefois même elle est nulle dans les tissus peu pourvus de nerfs; dans les parenchymes, qui en raison de leur mollesse peuvent se tuméfier beaucoup, sans que les nerfs qui les pénètrent éprouvent de compression marquée, dans les organes qui ne communiquent pas directement par leurs cordons nerveux avec le cerveau ou le prolongement rachidien; dans l'extrême vieillesse, et souvent dans les phlegmasies chroniques. Enfin, elle n'est pas perçue, et par conséquent pas accusée par le malade, s'il est plongé dans le coma ou s'il délire. Quand donc la douleur

manque ainsi, c'est encore par les autres symptômes et par les faits analogues que l'on s'éclaire.

Ses caractères et son intensité sont extrêmement variables. En général, plus l'inflammation est vive et plus la douleur est intense; la nature de la cause influe aussi sur sa force : ainsi la douleur de la brûlure est très-vive. Tantôt elle est si violente qu'elle tue très-promptement; et tantôt elle est si légère que le malade la sent à peine; il arrive souvent qu'elle ne se manifeste que si on la provoque, tandis que, dans d'autres cas, elle est en quelque sorte spontanée; enfin, suivant les tissus qui sont enflammés, elle se présente avec les caractères de la démangeaison, de la brûlure, des élancemens, etc.

La chaleur n'est pas non plus un caractère constant de l'inflammation, car on la retrouve dans quelques névroses. Cependant elle paraît si bien liée à l'abord du sang, il est si ordinaire de la voir s'accroître et diminuer avec la congestion locale, qu'on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'après la rougeur elle ne soit un des signes les plus certains de l'existence de cet état morbide. Plus les tissus enflammés sont riches en vaisseaux sanguins, plus l'inflammation à laquelle ils sont en proie est violente, et plus la chaleur locale et générale est considérable; elle manque souvent dans les phlegmasies chroniques, dans les phlegmasies aiguës des vieillards, et dans celles qui sont tellement violentes que la mort menace d'en être la suite presque immédiate. Il est digne de remarque que cette chaleur anormale manque aussi dans les inflammations de la substance cérébrale, et que cela coïncide toujours avec un ralentissement de la circulation. Ses caractères les plus fréquens sont d'être sèche, humide, âcre, mordicante; elle est quelquefois sentie par le malade sans l'être par le médecin; dans quelques cas, c'est le contraire qui a lieu.

La tuméfaction est évidemment le résultat de l'abord du sang dans le tissu enflammé, mais elle peut être produite par d'au-

tres causes, elle existe dans d'autres maladies; seule, isolée, elle serait donc loin d'être un signe d'inflammation. Ce n'est que par sa réunion avec les signes précédens qu'elle acquiert cette valeur. Comme eux, c'est de l'intensité de l'inflammation et de la texture des tissus qu'elle reçoit ses principales modifications. Plus l'inflammation est intense, et les tissus lâches et facilement dilatables par l'afflux des liquides, et plus la tuméfaction est considérable; elle est nulle dans les tissus dont la texture est dense et serrée.

De ces quatre caractères de l'inflammation, la rougeur est donc le seul vraiment pathognomonique. Mais comme on ne peut pas constater ce signe pendant la vie, dans les tissus qui sont cachés aux yeux de l'observateur, il deviendrait impossible de reconnaître un grand nombre d'inflammations, sans les ouvertures des cadavres et le rapprochement des symptômes qui ont eu lieu avec les désordres que l'on rencontre. On conclut par analogie, et dans ce cas elle équivaut à une preuve, on conclut, disons-nous, de l'existence des symptômes observés à l'existence de l'inflammation intérieure. Ceux de ces symptômes qui sont communs à la plupart des inflammations aiguës, sont la chaleur générale, l'accélération du pouls, l'abattement des forces et souvent des frissons ou des sueurs; il en a déjà été question quand nous avons traité de l'irritation en général. Quant aux influences sympathiques que les organes enflammés exercent sur les autres organes, elles seront exposées dans l'histoire de chaque inflammation en particulier; elles sont soumises d'ailleurs dans leur développement aux lois que nous avons fait connaître en traitant des sympathies.

Mais ces symptômes eux-mêmes ne se présentent pas dans toutes les phlegmasies; ils existent aussi quelquefois sans qu'il y ait inflammation; il faut alors chercher les caractères de cet état morbide dans l'observation des troubles fonctionnels directs de l'organe malade, aidée de la connaissance des désordres matériels auxquels ils correspondent.

Abandonnée à elle-même, l'inflammation peut se terminer de différentes manières. Tantôt le sang, que la douleur avait appelé et accumulé dans la partie, disparaît en quelques heures et sans laisser de traces, probablement parce qu'il ne s'est pas échappé des vaisseaux qu'il a parcourus : on dit alors que l'inflammation s'est terminée par *délitescence*. Tantôt ce liquide, s'échappant des vaisseaux capillaires, soit qu'il les brise, soit qu'il transsude à travers leurs parois, s'infiltre dans l'épaisseur des tissus, et n'est ensuite enlevé que graduellement par l'absorption : on nomme ce mode de terminaison *résolution*. D'autres fois, ce sang infiltré l'est en trop grande quantité pour pouvoir être absorbé, ou bien l'organisation du tissu a été trop altérée pour que ce travail puisse avoir lieu ; alors ce liquide change peu à peu de nature, il subit une élaboration particulière, sa matière colorante est seule absorbée ; en même temps une secrétion morbide s'établit dans la partie, et du mélange de ce produit avec le sérum du sang, résulte un liquide blanc, laiteux, inodore, insipide, que l'on a nommé *pus ;* l'inflammation s'est terminée par *suppuration*. Assez souvent, et surtout dans quelques tissus, tels que la peau et les membranes muqueuses, la surface enflammée s'érode dans quelques points, l'érosion gagne en largeur et en profondeur, et sécrète du pus : on nomme *ulcération* cette terminaison de l'inflammation. Dans d'autres circonstances, il arrive que le sang cesse peu à peu d'aborder dans le tissu enflammé ; la chaleur devient moins vive, l'irritabilité s'émousse, les fluides blancs s'y accumulent et stagnent en plus ou moins grande quantité ; la tuméfaction continue de s'accroître, mais lentement et souvent sans douleur : c'est la terminaison par *induration blanche* ou *grise ;* et si la tuméfaction reste rouge, comme cela arrive souvent dans les tissus riches en capillaires sanguins, elle prend le nom d'*induration rouge*, et quelquefois d'*hépatisation*. On appelle également ces derniers modes de terminaison *passage à l'état chronique* ou *chronicité ;* on remarque que, dans ce cas, les

symptômes sympathiques s'effacent et finissent même souvent par disparaître entièrement. Enfin, l'inflammation est portée quelquefois à un tel degré d'intensité, que la mort de la partie en est la suite immédiate; ce mode de terminaison est la *gangrène*.

La délitescence et la résolution sont les mêmes dans tous les tissus; l'induration et la gangrène n'y présentent que des différences très-légères; mais la suppuration n'est pas toujours la même dans toutes les parties. Ténue, épaisse, blanche, grisâtre, noire, couleur de lie de vin, douce, âcre, inodore, fétide, ses qualités sont variables. Cependant l'albumine en fait toujours la base, les sels que le pus contient dans ces diverses conditions sont à peu de différence près les mêmes et varient seulement dans leurs proportions, de sorte qu'en dernier résultat les différences qu'il présente sont moins grandes qu'elles ne le paraissent en ne s'attachant qu'aux propriétés physiques.

Quelques auteurs ont prétendu que le pus pouvait être sécrété sans une inflammation préalable; nous ne partageons pas cette opinion, qui d'ailleurs n'a plus guère de partisans aujourd'hui. Aux yeux de tous les médecins qui se sont occupés d'anatomie pathologique, la présence de ce liquide dans un tissu est la preuve non équivoque d'une inflammation, *soit locale soit éloignée*, car le pus peut avoir été absorbé dans un autre organe et seulement déposé sur celui où on le rencontre. Mais l'induration blanche et la gangrène se développent quelquefois sans avoir été précédés de phlegmasie; le squirrhe, dans des circonstances que nous signalerons en traitant de la sub-inflammation; et la gangrène, sous l'influence de certains agens septiques, par l'interruption du sang dans une partie, etc. Quant à l'ulcération, elle ne suppose pas non plus toujours une inflammation antécédente, mais cependant c'est le plus ordinaire; les cas où elle est produite par des causes mécaniques ou chimiques constituent déjà d'assez nombreuses exceptions; elle succède aussi quelquefois à la sub-inflammation.

Les traces de l'inflammation aiguë disparaissent quelquefois

après la mort. On les trouve d'autant moins marquées en général, que la marche de la phlegmasie a été plus rapide, et que l'examen du cadavre est fait à une époque plus éloignée de la mort. On a en outre remarqué qu'elles s'effaçaient plus promptement à la peau que dans les autres tissus, dans les membranes séreuses que dans les membranes muqueuses; et dans un même tissu, plus rapidement en certains points qu'en d'autres : ainsi à la face plus vite que dans tout autre point de la peau, sur la muqueuse gastrique plus que sur la muqueuse intestinale. Enfin, on a observé qu'elles disparaissaient plus fréquemment après les inflammations mobiles et celles qui sont intermittentes, qu'à la suite des phlegmasies fixes et de celles qui sont continues (1). Il est donc important de tenir compte de ces observations lorsqu'on se livre aux recherches d'anatomie pathologique. Mais il ne faut pas oublier toutefois que ces cas sont rares, et que dans l'immense majorité des cas les traces de phlegmasies persistent après la mort A la suite des inflammations aiguës, on trouve les tissus qui en étaient atteints, rouges, injectés, tuméfiés, ramollis, suppurés, ulcérés, indurés, baignés de liquides; après les phlegmasies chroniques, on rencontre encore les mêmes lésions, et de plus des colorations diverses des tissus, des collections purulentes libres ou enkystées, des adhérences entre des tissus naturellement séparés, et des productions diverses, telles que des végétations, des fausses membranes, des kystes, des tubercules, et des ossifications morbides (2). Les premières de ces altérations attestent toujours l'existence de l'inflammation, mais il n'en est pas de même des dernières, à partir des végétations; elles peuvent se développer et se développent en effet fréquemment sous l'influence de la simple irritation.

(1) *Voyez* notre *Réfutation des objections faites à la nouvelle doctrine des Fièvres*, etc., pag. 60 et suiv.

(2) Consultez l'excellent ouvrage de M. *Gendrin*, intitulé : *Histoire anatomique des Inflammations*. Paris, 1826.

Parmi ces caractères anatomiques de l'inflammation, il en est un, signalé pour la première fois par M. Dupuytren, étudié depuis avec beaucoup de soin par M. Lallemand (1), et que l'on retrouve à la suite de presque toutes les inflammations et dans tous les tissus, depuis les plus mous jusqu'aux plus durs; c'est la perte de cohésion ou le *ramollissement*. C'est, après la rougeur, le témoignage le plus certain peut-être de l'existence d'une phelgmasie; il existe même dans les tissus dont la densité a été augmentée par l'abord et la stagnation des fluides, et l'on voit tous les jours le poumon ou le foie être indurés, et se déchirer cependant avec la plus grande facilité. C'est donc un caractère précieux qu'il faut toujours chercher à constater dans les recherches d'anatomie pathologique; et l'on peut dire, en thèse générale, que presque partout où on l'observe il y a ou il y a eu inflammation. Nous ne croyons pas cependant qu'il en soit la preuve constante; dans certains tissus, la substance cérébrale, par exemple, il peut être, selon nous, l'effet d'un autre mode d'irritation. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

Le pronostic et le traitement général de l'inflammation reposent sur les mêmes bases que ceux de l'irritation.

INFLAMMATIONS DU SYSTÈME CELLULAIRE.

Considérations générales.

Deux tissus différens sont compris sous cette même dénomination, le tissu graisseux ou adipeux, et le tissu cellulaire proprement dit; mais, comme les affections de l'un ne sont pas distinctes de celles de l'autre, nous continuerons à les confondre dans tout ce que nous allons en dire.

Placé autour des organes, remplissant les intervalles qui les séparent, servant à chacun d'eux d'enveloppe, de limite ou de moyen d'union, et facilitant leurs mouvemens respectifs, ayant

(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur l'Encéphale et ses dépendances, etc.*, 1re Lettre.

enfin pour fonctions spéciales celle de sécréter la graisse, probablement celle de s'opposer à ce que les corps extérieurs ne communiquent ou n'enlèvent à l'économie une trop grande quantité de calorique dans un temps donné, peut-être aussi celle de servir de réservoir aux matériaux de la nutrition, le tissu cellulaire est une réunion de lames fines, transparentes, et de filamens blanchâtres traversant ces lames en tout sens, et quelquefois existant isolément. Il contient, selon toutes les apparences, beaucoup de vaisseaux exhalans et absorbans, quelques vaisseaux sanguins et quelques nerfs. Ce système est le premier des quatre tissus élémentaires de l'organisation. C'est lui qui forme pour ainsi dire le canevas de tous nos organes. Comme l'épiderme, les poils, les ongles et les os, il jouit de la faculté de se régénérer.

On n'a pas fait assez attention que la plupart des fonctions de ce système sont purement passives, et l'on a beaucoup exagéré l'importance de son rôle, soit dans l'état de santé, soit dans celui de maladie. Il est insensible dans l'état sain, on peut le couper, le déchirer sans exciter la moindre douleur; il n'a de sympathies bien prononcées avec aucun autre organe; il n'a en propre de fonction vraiment active que la sécrétion de la graisse, fonction obscure, lente et presque isolée au milieu du concours de toutes les autres; il n'est soumis que rarement à l'influence immédiate des irritans; enfin, il est très-certainement bien moins souvent affecté que le système muqueux, la peau et les membranes séreuses, etc., et les sympathies qu'il provoque alors lui sont communes avec tous les tissus fortement enflammés, puisque ce sont celles du cœur, de l'estomac et de l'encéphale. C'est Bordeu qui, entraîné par de fausses théories, et s'appuyant de quelques faits mal interprétés, a donné une importance exagérée à ce système, importance que Bichat est venu fortifier encore par des hypothèses.

Toutefois, en attaquant cette erreur, nous sommes loin de vouloir réduire le système cellulaire à un rôle purement passif. Ce tissu, en effet, s'enflamme assez fréquemment, mais presque

toujours consécutivement à l'inflammation de la peau, ou par l'effet sympathique de celle des voies digestives. Il est aussi quelquefois le siége de sub-inflammations ; il donne naissance à quelques tumeurs fongueuses; enfin, c'est à ses dépens que s'organisent les kystes; encore faut-il observer qu'il se forme des kystes dans la substance cérébrale, et que l'on n'est pas encore parvenu à y démontrer la présence de ce tissu. L'emphysème, les infiltrations séreuses et les ecchymoses scorbutiques sont presque toujours des effets purement passifs, symptomatiques et non sympathiques d'autres affections, et ne peuvent pas par conséquent être rangés parmi les maladies de ce tissu. Comment les physiologistes ont-ils pu citer ces phénomènes en preuves de sa vitalité?

L'inflammation du tissu cellulaire a reçu le nom de *phlegmon;* on l'a prise pour type de toutes les inflammations. Un sentiment de brûlure est le caractère qu'y revêt ordinairement la douleur; la sensation de la chaleur se confond par conséquent avec elle ; elle devient pulsative si du pus se forme et se rassemble en masse. La tuméfaction et la rougeur sont toujours des plus prononcées. Une des terminaisons les plus fréquentes de cette inflammation est la suppuration. Elle se termine aussi par induration rouge, sub-inflammation, ulcération et gangrène. Nous avons déjà dit qu'elle n'a point de sympathies qui lui soient propres, et qu'elle ne provoque celles du cœur, de l'estomac et de l'encéphale, que lorsqu'elle est intense; mais, de même que toutes les inflammations qui occupent les gros faisceaux de vaisseaux capillaires sanguins, elle donne au pouls de la largeur et de la plénitude. Le tissu cellulaire enflammé est rouge, infiltré de sang, il est plus dense, mais moins extensible et plus facile à rompre que dans l'état naturel.

Du phlegmon.

Le phlegmon est l'inflammation du tissu cellulaire. Il est aigu ou chronique ; presque toujours continu, quelquefois cependant intermittent.

Causes. Le phlegmon se développe assez fréquemment sans que les causes en soient bien appréciables ; elles sont même parfois tout-à-fait inconnues. Chez quelques individus atteints de phlegmasies intérieures, et principalement de celles des voies digestives à l'état chronique, il s'établit une diathèse inflammatoire dans le tissu cellulaire, et plusieurs phlegmons successifs, qui se terminent tous par suppuration, se manifestent dans toutes les parties du corps. Quelquefois il ne s'en forme qu'un, et on le nomme *phlegmon* ou *abcès critique,* parce qu'alors la phlegmasie interne, révulsée par lui, disparaît ordinairement. Mais, dans le plus grand nombre des cas, cette inflammation est provoquée par un coup, une piqûre, une brûlure, une forte compression, la présence d'un corps étranger, le froid subit, et surtout humide ; la malpropreté de la peau, quelques phlegmasies chroniques de cette membrane, telles que la gale ; enfin par la syphilis.

Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic. Les symptômes du phlegmon varient suivant qu'il est externe ou interne, et suivant la partie du tissu cellulaire qui en est le siége. Lorsqu'il occupe le tissu cellulaire sous-cutané, il se manifeste par une tuméfaction plus ou moins considérable, circonscrite, dure et élastique. Une douleur plus ou moins vive, et qui ne tarde pas à s'accompagner d'élancemens, et plus tard de pulsations, s'y fait sentir ; la peau devient d'un rouge foncé, surtout au centre de la tumeur, et sa rougeur ne disparaît pas par la pression comme dans l'érysipèle ; enfin, il existe dans la partie une chaleur plus ou moins intense. L'invasion de ces symptômes est quelquefois précédée par des fris-

sons, des bâillemens, des pandiculations, de la soif, la perte de l'appétit, la fréquence du pouls, des nausées, etc.; mais ce n'est ordinairement que lorsque le phlegmon a acquis une certaine intensité que ces symptômes surviennent. Ils annoncent la participation du cœur et de l'estomac à la phlegmasie extérieure.

Quelquefois le phlegmon se termine par résolution : on en est averti par la diminution graduelle de tous les symptômes, tant locaux que généraux. Il peut aussi se terminer par induration, par métastase; mais, le plus ordinairement, c'est par suppuration que cette terminaison a lieu : voici ce qui se passe alors. La douleur locale diminue, et est remplacée par une sensation de pesanteur; des battemens isochrones à ceux du pouls se manifestent; la peau se tend de plus en plus; le gonflement augmente, mais en se circonscrivant davantage; la rougeur de la peau se dissipe, excepté au centre de la tumeur, où elle devient plus foncée; celle-ci se ramollit, elle s'élève en pointe, et la fluctuation du pus se fait sentir. Bientôt ce liquide distend et déchire les parois des cellules qui le renferment; il se réunit en un seul foyer qui augmente sans cesse; l'épiderme se détache, la peau s'amincit de plus en plus au centre de la tumeur, où elle blanchit ou bien prend une teinte livide; enfin elle se rompt, et laisse échapper la majeure partie du pus qui formait l'abcès. Ce pus est d'autant plus épais, blanc et inodore, qu'il a séjourné moins long-temps dans la partie; il est presque toujours très-liquide, grisâtre et fétide, lorsque son séjour a été prolongé. Lorsque le phlegmon a occupé une grande étendue, et que l'abcès n'a pas été ouvert assez tôt, la peau est souvent décollée dans une grande étendue, amincie et sans communications vasculaires directes avec le fond de l'abcès. Très-souvent alors elle se gangrène. Enfin, dans quelques cas d'inflammation excessive, la gangrène survient encore; mais alors elle peut s'étendre,

non-seulement à la totalité de la tumeur, mais encore à toute la partie qui en est le siége; aussitôt la douleur, la chaleur et la tension cessent, la peau devient livide et noire, et se couvre de phlyctènes remplies de sérosité noirâtre.

Les symptômes du phlegmon ne sont pas aussi évidens lorsqu'il occupe une portion de tissu cellulaire profondément située, sous des muscles ou des aponévroses. Le gonflement est souvent alors peu considérable, en raison de la résistance qu'opposent les aponévroses; il n'y a pas de rougeur à la peau, elle est seulement tendue et luisante; à peine est-elle plus chaude que dans l'état naturel ou que dans les autres parties du corps; mais les douleurs sont profondes, continues, des plus vives, et accompagnées d'elancemens et de battemens considérables; le mouvement de la partie est tout-à-fait impossible, les artères circonvoisines battent avec force, le pouls est dur et fréquent, la soif vive, la peau sèche et chaude, l'appétit nul, l'épigastre douloureux; des nausées et de la céphalalgie se déclarent; quelquefois le délire s'y joint. Il est rare que cette inflammation se termine par résolution; quelquefois elle détermine le sphacèle du membre. Lorsque la suppuration lui succède, ce qui est le plus ordinaire, la partie devient lourde, les battemens y sont plus marqués, le malade éprouve des frissons dans le dos et les lombes, des horripilations; le pouls se ramollit et perd de sa fréquence, tous les symptômes généraux s'amendent; enfin il survient un empâtement local, et l'on sent plus ou moins distinctement une tuméfaction profonde. Le diagnostic est toujours difficile à établir dans ce cas, parce que le pus, situé trop profondément, et retenu par les aponévroses, fuse entre les muscles, et ne peut par conséquent fournir le seul signe qui annonce presque infailliblement sa présence, c'est-à-dire la fluctuation. La durée de ce phlegmon, comme du précédent, est très-variable, et

dépend de beaucoup de circonstances. Si le tissu cellulaire de la partie est lâche et abondant, et l'inflammation très-intense, la suppuration peut s'établir du cinquième au huitième jour. Dans les circonstances opposées, elle peut ne se former qu'après quinze, vingt jours et plus. En général, elle s'établit beaucoup plus vîte autour de la bouche et aux environs de l'anus que partout ailleurs.

Le phlegmon est susceptible de plusieurs degrés d'intensité, comme toutes les autres phlegmasies. « Mais, comme dit Pujol de Castres (1), s'il est pathologiquement vrai et incontestable que les inflammations aiguës et ordinaires peuvent s'abaisser à différens degrés, et prendre une intensité moins véhémente que de coutume, sans cesser pourtant d'être ce qu'elles sont, qui sera assez téméraire pour assigner le dernier terme où peut aller la lenteur de leur développement? qui pourra dire ce n'est que jusque-là, et jamais au-delà, que peut descendre l'activité vitale dans le mode inflammatoire; par-dessous cette borne précise, il devient impossible et ne saurait exister? » Le phlegmon chronique peut donc être si peu intense que les symptômes d'irritation y soient inappréciables; c'est en effet ce qui a lieu. Certains phlegmons se manifestent par une tumeur arrondie, peu résistante, sans rougeur ni chaleur de la peau, et même sans douleur bien marquée : les enfans élevés dans la misère et la malpropreté en offrent de nombreux exemples. Ces tumeurs ne font éprouver d'autre sensation pénible qu'un peu de tension et de pesanteur, et la gène occasionée par leur masse. Elles augmentent plus ou moins rapidement de volume, restent stationnaires pendant un certain temps, puis enfin deviennent légèrement douloureuses, rougissent un peu, se ramollissent d'abord au centre, puis dans toute leur masse, restent quelquefois assez long-temps encore dans cet état de suppuration, et enfin s'enflamment, s'ouvrent, et laissent

(1) *Œuvres de médecine pratique, Essai sur les inflammations chroniques*, tome I, page 20, édit. de 1823, avec des additions par le docteur Boisseau.

écouler un pus ordinairement séreux, peu consistant, et contenant des flocons probablement formés par de la fibrine décolorée, si ce ne sont les débris du tissu cellulaire. On a donné le nom d'*abcès froids* à ces phlegmons chroniques. Leur durée varie depuis un mois jusqu'à une année et plus. Par eux-mêmes, ils ne sont pas dangereux ; cependant le pronostic en est rarement favorable, parce que les individus qui en sont atteint, ont presque toujours une constitution détériorée, qui rend la guérison lente et difficile.

Le phlegmon, avons-nous dit, se montre quelquefois sous forme intermittente. On en lit un exemple curieux dans le *Journal universel des sciences médicales* (1). Nous en avons nous-même observé un cas remarquable chez une femme ; son siége était dans l'une des grandes lèvres. Il se montra d'abord d'une manière peu régulière, à six semaines, deux mois et trois mois d'intervalle ; mais la femme étant devenue enceinte, il parut exactement tous les mois à l'époque correspondante à celle du retour des règles. Sa marche a toujours été très-rapide ; dès le second jour de l'invasion, nous l'ouvrions avec la lancette, ou si la femme attendait, il s'ouvrait spontanément le troisième jour. On ne découvrait pas le plus faible noyau d'engorgement, après la guérison, qui pût expliquer la reproduction si fréquente de cette maladie. Depuis l'accouchement, qui date déjà de dix-huit mois, ce phlegmon ne s'est pas reproduit.

Caractères anatomiques. Dans la première période du phlegmon, on trouve le tissu cellulaire infiltré de sang rouge brun, et facile à déchirer. Lorsque le pus commence à se former, ce tissu est infiltré d'un fluide gélatiniforme ; il est gris, jaunâtre, encore injecté de sang dans plusieurs parties ; mais en l'exprimant, on fait suinter quelques gouttes de pus. Plus tard, les traces de l'injection sanguine ont en partie disparu, et

(1) Tome XXX, page 88.

le pus est rassemblé en petits foyers, puis enfin en un foyer unique, autour duquel seulement l'injection sanguine se conserve. Dans ce dernier cas, la face interne du foyer présente l'aspect d'une membrane muqueuse sous le rapport de la mollesse, mais elle est grisâtre plutôt que rose. Quelquefois des vaisseaux et des nerfs se rendent perpendiculairement du fond de cette poche à la peau, et forment des brides. La paroi interne des abcès succédant aux phlegmons chroniques, est décolorée et grisâtre.

Traitement. Tant que le phlegmon idiopathique est à son début, c'est-à-dire tant qu'il ne s'est pas transformé en abcès, on doit chercher, par l'emploi méthodique de tous les moyens antiphlogistiques, à obtenir sa terminaison par résolution. Le repos de la partie, les saignées générales, celles des veines rapportant le sang de la partie enflammée, les applications de sangsues, réitérées et entretenues sur la partie autant de temps que les symptômes ne perdent point de leur intensité; quelquefois l'incision profonde des tissus enflammés, les cataplasmes, les fomentations, les bains émolliens, la diète et l'usage des boissons dites délayantes et rafraîchissantes, sont les moyens à l'aide desquels on pourra obtenir ce résultat favorable. Nous ne reviendrons pas ici sur les détails qui concernent leur mode d'administration; nous nous bornerons à dire, qu'ils réussissent dans la plupart des cas où ils sont employés dès le début de la maladie avec une énergie proportionnée à l'intensité du mal, et lorsque leur emploi est continué jusqu'après la cessation complète des symptômes.

Lorsque les moyens susceptibles d'opérer la résolution n'ayant pas été mis en usage, ou l'ayant été trop faiblement ou inutilement, la suppuration s'est établie, on doit abandonner l'emploi des évacuations sanguines; il ne reste plus alors qu'à continuer celui des autres moyens et à décider si on laissera l'abcès s'ouvrir de lui-même, ou si on provoquera artificiellement la sortie du pus.

Tant que l'abcès est superficiel et peu étendu, il y a peu d'inconvénient, et quelques personnes même pensent qu'il y a de l'avantage, à en abandonner l'ouverture aux progrès inévitables de l'inflammation. En effet, l'ouverture qui se fait spontanément étant d'abord fort petite et n'étant que le résultat de l'amincissement progressif du derme, le pus trouve à la fois un écoulement plus facile et mieux ménagé, et les parois du foyer ayant le temps de revenir sur elles-mêmes à mesure que le liquide s'écoule, l'air trouve moins d'accès dans l'intérieur de la cavité qui est dès-lors soustraite à son action irritante. Enfin, après l'ouverture spontanée des abcès, les tissus malades restent moins long-temps durs et engorgés, et il faut convenir que souvent la cicatrice qui succède à ce mode d'ouverture est fort peu apparente. Mais, dans quelques cas, l'ouverture est mal placée pour le libre écoulement du pus, et dans d'autres, la peau trop amincie et privée de ses vaisseaux se recolle avec peine, ou même se gangrène par impossibilité de se nourrir, et il en résulte, outre des difficultés et des longueurs dans la guérison, des cicatrices très-apparentes qu'il faut chercher à éviter, surtout à la face et au cou, où elles sont une cause de difformité, et aux aines, où elles pourraient devenir suspectes. Aussi, beaucoup de praticiens pensent-ils qu'on doit indistinctement ouvrir tous les abcès.

Quelle que soit la divergence des opinions à cet égard, elle cesse tout-à-fait lorsqu'il s'agit d'abcès profondément placés, qui ne s'ouvriraient qu'après avoir fait de grands ravages et pris beaucoup d'extension au milieu des tissus où ils se sont développés. Tels sont les abcès placés dans l'épaisseur des membres au-dessous des aponévroses d'enveloppe ; tels sont ceux qui se développent au milieu d'un tissu cellulaire très-abondant ; tels sont encore ceux qui, ayant leur siège près de certaines cavités, paraissent avoir beaucoup de tendance à s'ouvrir dans ses cavités et à y produire un épanchement grave. Presque toujours, cependant, le tra-

vail morbide épaissit les parois du foyer du côté qui correspond à la profondeur des parties, et les amincit du côté opposé en dirigeant aussi le pus vers l'extérieur; mais il n'est pas sans exemple que des abcès aient pénétré de l'extérieur à l'intérieur des cavités des plèvres. (C'est d'un abcès axillaire ouvert de cette manière qu'est mort le fils du célèbre J. L. Petit.) Il arrive assez souvent que des abcès développés aux environs des grandes articulations s'épanchent dans la cavité de la membrane synoviale perforée. On doit ouvrir tous ces abcès de bonne heure, c'est-à-dire aussitôt que la *fluctuation* s'y fait sentir.

Avant de passer outre, nous devons dire ici ce qu'on entend par *fluctuation*, et quels sont les moyens de la reconnaître. On appelle ainsi la sensation que le déplacement des colonnes du liquide fait éprouver, lorsqu'une main étant appliquée sur un des côtés de la tumeur, on presse avec les extrémités des doigts de l'autre, sur le côté opposé, comme pour diriger ce liquide vers la première. Il faut s'habituer de bonne heure, afin d'éviter des méprises désagréables pour le chirurgien, et quelquefois fâcheuses pour le malade, à distinguer la fluctuation du déplacement dont sont susceptibles les parties molles lorsqu'on les presse *alternativement* avec les extrémités des doigts de l'une et l'autre main. Pour bien apprécier ce phénomène important, il faut que la main destinée à recevoir l'impression du choc du liquide reste immobile et appliquée à plat, et que les mouvemens exécutés par l'autre se bornent à de légères pressions ou a de simples percussions faites du bout des doigts et dans des sens variés. Lorsque, dans quelque sens qu'on oppose les deux mains, on a la sensation du renvoi des colonnes d'un liquide de l'une à l'autre, la fluctuation existe, et l'on doit croire qu'elle est due à la présence du pus, toutes les fois que les phénomènes qui annoncent la suppuration, et qui ont été indiqués plus haut, se sont manifestés. Quand les abcès

sont sous-cutanés, la fluctuation est facile à reconnaître; mais il faut beaucoup d'habitude pour la distinguer dans les abcès profonds, et surtout dans ceux qui, ayant leur siége au-dessous des aponévroses d'enveloppe, ne s'élèvent point en saillie, et sont au contraire étendus en surface et disséminés dans les interstices des muscles de la partie. Alors elle ne se manifeste que par une sorte de rénitence particulière, apparente surtout dans les points où il s'est formé un empâtement qui conserve l'impression du doigt.

Lorsque l'abcès est petit et superficiel, on peut l'ouvrir avec la lancette ordinaire ou avec la lancette dite à *abcès*, qui n'est autre chose qu'une lancette de forte dimension, échancrée sur un de ses bords, et dont on se sert comme nous l'avons dit en parlant de la saignée. Dans les autres cas, on doit se servir du bistouri. On prend cet instrument d'une main et l'on en dirige le tranchant en haut, saisissant alors la tumeur de l'autre main, afin de la rendre plus saillante en la pressant entre le pouce et les autres doigts, ou, si elle est très-considérable, la faisant presser sur les côtés par les deux mains d'un aide appliquées à plat, on élève le poignet, on présente la pointe du bistouri aux parties, et on l'y enfonce jusqu'à ce que le défaut de résistance indique que l'on est arrivé au centre du foyer. On abaisse alors le poignet en tournant le dos de la lame vers les parties profondes, puis, faisant agir le tranchant, on divise les parties qu'il soulève de dedans en dehors, et l'on termine l'incision en relevant le poignet, afin qu'elle soit nette à sa fin comme à son commencement. Cette incision est suffisante dès que le pus s'écoule librement. On doit la pratiquer non pas dans le point où la peau amincie menace de se rompre, mais dans le point le plus déclive du foyer, vers le lieu où elle procure au pus une issue plus libre et plus facile; enfin on la dirigera dans le sens des fibres musculaires, et loin du trajet des troncs nerveux et vasculaires. On a vu plusieurs fois l'artère crurale elle-même,

rejetée en dehors par la collection purulente, se présenter au tranchant de l'instrument, et être blessée pendant l'ouverture de certains abcès placés dans son voisinage.

L'incision terminée, on se gardera bien d'introduire, à l'imitation des chirurgiens des siècles passés et de quelques routiniers ignorans de nos jours, le doigt dans la cavité du foyer, afin de rompre les prétendues brides qui s'opposent à l'écoulement du pus, et qui ne sont autre chose que les vaisseaux et les nerfs à l'aide desquels s'entretient la vitalité de la peau. Outre la douleur et les écoulemens de sang qui résultent immédiatement d'une semblable pratique, elle a pour effet presque inévitable, l'amincissement du derme, quelquefois la gangrène, et toujours des longueurs presque interminables dans la maladie, par suite de l'impossibilité où se trouvent les parois du foyer de se recoller l'une à l'autre.

Lorsque l'abcès est superficiel, si les parties qu'on a divisées pour l'ouvrir étaient déjà enflammées, on n'a point à craindre de voir la plaie se réunir par première intention, et il suffit d'appliquer un cataplasme émollient, qu'on remplace par un pansement simple, lorsque l'inflammation est tout-à-fait tombée, pour conduire la maladie à une prompte guérison. Dans les circonstances contraires, c'est-à-dire lorsqu'on a été obligé de diviser une grande épaisseur de parties saines pour parvenir jusqu'au foyer, et que le pus s'écoule avec difficulté, on doit prévenir la réunion de la plaie, en interposant entre ses lèvres une meche de linge effilée sur ses bords et enduite de beurre ou de cérat, que l'on conduit jusqu'au centre du foyer. Vingt-quatre ou trente-six heures du séjour de cette mèche suffisent pour faire prendre au pus la route qui lui a été pratiquée, et pour enflammer assez les lèvres de l'incision, qui dès-lors ne tendent plus à se réunir. On panse ensuite comme dans le premier cas. Ces pansemens à plat sont infiniment préférables à ceux qui consistent à introduire une plus ou moins grande quantité de charpie en bourdonnets ou en boulettes jusque

dans l'intérieur du foyer. Cette pratique, employée pour absorber le pus et favoriser la formation des bourgeons celluleux et vasculaires, à l'aide desquels le recollement des parois doit s'opérer, et que l'on continue jusqu'à la fin de la maladie, a toujours pour effet de déterminer des douleurs vives et de retarder beaucoup la guérison.

Lorsque, par suite d'une mauvaise situation de l'ouverture, d'une trop grande extension de l'abcès, ou par l'effet d'une toute autre circonstance, le pus forme des clapiers où il séjourne et s'altère, il faut chercher à l'en expulser à l'aide d'une *compression méthodique*. Si la partie est cylindrique, on exécute cette compression à l'aide d'une bande roulée qu'on applique suivant les préceptes indiqués ailleurs Si le foyer repose sur une partie aplatie, on favorise l'action du bandage roulé, en appliquant sur les tégumens, au niveau du fond du foyer, un tampon de charpie ou une compresse *graduée*, c'est-à-dire pliée plusieurs fois sur elle-même, de manière que les plis qu'elle forme, et qui sont accumulés les uns sur les autres, se dépassent successivement en formant, d'un seul ou des deux côtés, des degrés semblables à ceux d'un escalier. Ce tampon ou cette compresse mettent en contact les parois du clapier et s'opposent au séjour du pus. Mais pour que la compression soit utile, il faut que l'ouverture reste libre et qu'elle corresponde vers un lieu où le pus tende naturellement à se porter. Lorsque cette ouverture correspond à la partie supérieure du foyer, il est rare que la compression soit efficace, et presque toujours on est obligé de donner issue au liquide, en pratiquant une ou plusieurs contre-ouvertures.

Lorsque le clapier est très-considérable et peu éloigné de l'extérieur, on pratique la contre-ouverture de la même manière que l'ouverture simple des abcès; seulement, pour faciliter l'opération, on applique, quelques heures avant, sur la plaie déjà faite, un emplâtre agglutinatif qui retient le pus et rend

le foyer plus apparent. Mais lorsque ce clapier est peu considérable et très-profondément situé, il est plus prudent et plus facile d'introduire par l'ouverture déjà existante, une sonde cannelée, dont on fait saillir l'extrémité vers le point où l'on veut établir une nouvelle issue au pus, et sur laquelle on incise alors de dehors en dedans.

Le traitement du phlegmon chronique ne diffère de celui du phlegmon aigu que par l'énergie beaucoup moins considérable avec laquelle on emploie les moyens propres à le faire avorter. Ainsi il est rare qu'on emploie les saignées générales; presque toujours même les évacuations sanguines locales doivent être fort modérées: et comme le cœur et l'estomac reçoivent rarement une impression sympathique forte, on peut opérer sur le dernier de ces organes, *lorsqu'il est sain*, une stimulation utile, à l'aide des toniques, des amers, ou même des purgatifs. Le principal but que l'on se propose, en administrant des toniques ou des amers dans cette circonstance, est réellement de fortifier l'individu, dont la constitution détériorée, ainsi que nous avons dit que cela avait presque toujours lieu, s'oppose à la guérison de l'abcès après son ouverture.

Le traitement des abcès froids, c'est-à-dire de ceux qui succèdent au phlegmon chronique, comparé à celui des abcès qui succèdent au phlegmon aigu, offre plus de différence. Ainsi la marche de la maladie est tellement lente que, tandis qu'un point offre une fluctuation bien manifeste, ou même menace de s'ouvrir, le reste de la tumeur présente encore une dureté fort considérable, qui persiste après l'ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès. On est donc obligé de changer le mode de traitement, et, en même temps que l'on continue d'employer les dérivatifs intérieurs, d'activer l'inflammation locale par des applications de cataplasmes composés d'oseille, oignon de lis, etc., et d'onguent de la mère ou d'autres substances dites *maturatives*, ou même par l'emploi de stimulans plus éner-

giques, afin de provoquer la fonte totale de l'engorgement avant l'ouverture de l'abcès. Enfin, lorsque cette ouverture est pratiquée, on est encore quelquefois obligé de stimuler les parois du foyer par des applications ou par des injections irritantes.

On doit aussi traiter par des stimulans, à moins toutefois qu'ils ne soient accompagnés d'une irritation très-vive, les phlegmons dits critiques, afin de les fixer au dehors et de consolider la révulsion salutaire qu'ils sont destinés à opérer. Mais les stimulans externes sont les seuls dont on doive faire usage; car ces phlegmons ayant une grande tendance à disparaître, une irritation intérieure provoquée intempestivement pourrait favoriser cette tendance, et reproduire tous les accidens que leur apparition aurait fait cesser.

Il est inutile de dire que lorsque les phlegmons sont symptomatiques d'une affection syphilitique, galeuse, etc., il faut joindre au traitement qui a été indiqué pour le phlegmon idiopathique l'emploi des moyens propres à détruire la cause qui les a produits, moins pour faire cesser la maladie, qui, une fois qu'elle a débuté, doit suivre son cours, que pour prévenir une récidive. Le régime des phelgmons en général est celui de toutes les irritations aiguës et chroniques.

Du panaris.

Le panaris est le phlegmon des doigts. Il est rare que plusieurs doigts se trouvent en même temps affectés de panaris. Le nombre et le volume des nerfs qui se distribuent à ces organes et qui les rendent fort sensibles, et la présence des gaînes aponévrotiques dont la résistance produit tous les phénomènes de l'étranglement, lorsque l'inflammation a son siège dans le tissu cellulaire qu'elle renferme, font du panaris un phlegmon beaucoup plus grave que les phlegmons

ordinaires. Il peut avoir son siége à tous les degrés de profondeur compris entre l'épaisseur même de la peau et le périoste.

Le panaris le plus superficiel est le moins grave de tous. Il affecte ordinairement le bout des doigts, le dessous, ou la base de l'ongle qu'il entoure. Dans ce dernier cas, on le nomme aussi *tourniole*. Il se développe souvent sans cause connue, ce qui lui a mérité de la part du vulgaire le nom de *mal d'aventure* Souvent aussi il est la suite d'une piqûre, d'une contusion ou de quelque autre cause extérieure. Les phénomènes qui l'accompagnent sont ceux d'une inflammation vive affectant un organe fort sensible. Il se termine rapidement et quelquefois en quelques heures par la suppuration, et les douleurs cessent aussitôt que le pus s'est fait jour au dehors. La guérison est prompte, excepté lorsqu'il entoure la base de l'ongle dont il détermine souvent la chute.

Le panaris le plus grave est celui qui a son siège dans la gaîne même des tendons; il peut être spontané, mais il est le plus ordinairement produit par une piqûre ou une autre cause externe. La rougeur et la tuméfaction sont en général peu considérables; mais la tension est extrême, la chaleur brûlante, et les douleurs atroces. La peau devient promptement chaude, l'épigastre douloureux, la langue rouge et sèche, la soif vive, l'agitation et l'anxiété excessives, l'insomnie continuelle. Le pouls est élevé, plein, dur et fréquent; les artères radiales et collatérales des doigts battent avec force, et il n'est pas rare de voir à ces accidens se joindre des mouvemens convulsifs ou un délire poussé jusqu'à la fureur. Le gonflement et l'inflammation ne tardent pas à se propager à la main et à toute l'étendue du membre jusqu'à l'aisselle, et comme cette maladie se termine promptement par la suppuration, il se forme consécutivement des abcès dans la paume de la main, dans les interstices des muscles et jusque dans

le creux de l'aisselle. Lorsque la maladie est très-aiguë elle peut dans quelques heures se terminer par la gangrène du doigt ou même par celle du membre. Dans les cas les plus heureux, le panaris profond abandonné à lui-même s'ouvre spontanément par une sorte de rupture de la gaîne aponévrotique; alors les douleurs cessent comme par enchantement, mais il en résulte presque toujours l'exfoliation des tendons fléchisseurs et celle de leur gaîne, quelquefois aussi la perte des phalanges, et, dans presque tous les cas, l'immobilité consécutive du doigt.

Traitement. Il doit avoir pour but de faire avorter l'inflammation. On a conseillé, pour obtenir ce résultat, d'envelopper la partie, aussitôt que la douleur se fait sentir, avec des compresses imbibées d'extrait d'opium très-concentré, ou de la plonger pendant plusieurs heures dans de l'eau à la glace. Ces moyens nous paraissent infidèles, et nous pensons que ce ce qu'il y a de mieux à faire, est de la couvrir de sangsues qu'on renouvelle à mesure qu'elles tombent jusqu'à ce que la douleur et les autres symptômes soient entièrement calmés. Lorsqu'on est appelé trop tard, ou lorsque ces moyens n'ont pas réussi, il faut, sans hésiter, si la maladie est profonde, pratiquer une large incision qui permette aux parties de se développer librement. Foubert a proposé d'appliquer un caustique sur le point malade, et cette opinion a été adoptée par plusieurs membres de l'ancienne Académie de chirurgie. Mais ce moyen agit lentement, et il est beaucoup plus douloureux que l'incision qui nous paraît préférable. La meilleure pratique est celle qui consiste à porter hardiment l'instrument jusqu'au siége du mal. A peine le débridement est-il opéré, que lors même que la suppuration n'est pas encore établie, les douleurs cessent presque complètement, et l'on n'a plus alors qu'à traiter le panaris comme une inflammation ordinaire. S'il s'est formé des abcès dans la paume de la main et le long de l'avant-bras ou du bras, on les traite comme il a été dit en

parlant du phlegmon en général. Si l'on n'a pu prévenir l'exfoliation des tendons, celle des gaînes aponévrotiques ou la nécrose des phalanges, on peut favoriser par des bains et des cataplasmes émolliens, ou même, lorsque tous les symptômes inflammatoires sont tombés, par l'usage des onguens balsamiques, le détachement et la chute des parties mortifiées; mais alors le doigt se transforme en un moignon plus ou moins informe, qui gêne plus qu'il n'est utile, et l'on abrégerait singulièrement la cure en en pratiquant l'amputation.

Du phlegmon sous-maxillaire.

Ce phlegmon dépend ordinairement de la présence de dents cariées dans les alvéoles de l'os maxillaire inférieur. Il a son siége au-dessous de l'angle de la mâchoire. Il a pour caractères particuliers la gêne qu'il apporte aux mouvemens de cet os, la rapidité avec laquelle il passe à la suppuration, la fétidité extrême du pus, la tendance à laisser dans la partie des indurations difficiles à résoudre, et la facilité avec laquelle il récidive tant que les dents cariées ne sont point arrachées. Il s'ouvre quelquefois dans la bouche. Ce mode d'ouverture incommode beaucoup les malades par le dégoût qu'il leur occasione, et il n'a pas même l'avantage de leur sauver constamment le désagrément d'une cicatrice, parce que les alimens, pénétrant dans le foyer, l'irritent et amènent presque toujours la formation d'une ouverture extérieure.

Peut-être les indurations qu'il laisse après lui tiennent-elles à l'usage où l'on est de l'ouvrir aussitôt que la fluctuation se fait sentir, afin d'éviter, aux femmes surtout, qu'il ne résulte une cicatrice difforme de son ouverture spontanée.

Du phlegmon des mamelles.

C'est l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la glande mammaire. Elle existe plus souvent sans l'inflammation de cette

glande elle-même qu'on ne le pense généralement; presque toujours elle est aiguë. On la désigne aussi par les noms d'*engorgement laiteux des mamelles*, et de *poil*.

Causes. Cette phlegmasie se développe presque uniquement à la suite des couches ou pendant l'allaitement, par l'effet de l'engorgement du lait dans les seins, de l'application de topiques astringens pour le faire disparaître, de l'exposition de ces organes délicats à l'action du froid, d'une compression ou d'un coup, et quelquefois de l'irritation souvent très-vive que l'enfant excite en tétant. Il est très-rare qu'elle se développe dans d'autres circonstances.

Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic. L'inflammation s'empare quelquefois des deux mamelles à la fois; mais le plus souvent elle n'en occupe qu'une seule, et il n'est pas rare de voir, quand l'une est guérie, l'autre s'enflammer à son tour. Dans tous les cas, le sein devient douloureux; il se gonfle, durcit, est le siége d'une chaleur plus ou moins forte, et la peau rougit par places ou dans toute l'étendue de l'organe. La douleur acquiert bientôt un degré d'intensité extrême; elle finit par devenir intolérable; le moindre mouvement l'augmente; elle prive la malade de sommeil, et peut même aller jusqu'à produire du délire, ainsi que l'a observé une fois le professeur Capuron : à plus forte raison excite-t-elle presque toujours les sympathies du cœur et de l'estomac. Le gonflement est très-considérable, et s'étend jusque sous l'aisselle si tout le tissu cellulaire est enflammé, et alors le sein est uniformément tuméfié. On prétend que ce n'est que lorsque la glande participe à l'inflammation, que la tumeur présente des inégalités et des bosselures; nous avons trop évidemment vu des inflammations du sein bornées au seul tissu cellulaire présenter cependant ces bosselures, pour que nous puissions admettre cette opinion. L'inflammation suit la marche que nous avons indiquée, en traitant du phlegmon en général, jusqu'à ce que le pus se fasse jour au dehors. Souvent il

existe à la fois deux ou trois petits phlegmons dans le même sein, lesquels ne parcourent leurs périodes que les uns après les autres. Aussi est-il fréquent de voir le phlegmon des mamelles durer un ou plusieurs mois. Quelquefois l'engorgement est peu considérable; il reste indolent, et ne se dissipe qu'avec lenteur, mais sans suppurer. Il est très-rare, au contraire, que le phlegmon aigu se termine par résolution; la suppuration et des abcès en sont presque constamment les suites. Cette phlegmasie, toujours très-douloureuse à l'état aigu, ne présente ordinairement aucune gravité; elle n'en acquiert que par son extension à la glande mammaire.

Traitement. Comme le séjour et l'engorgement du lait dans le tissu cellulaire des mamelles, sont les causes prochaines les plus ordinaires de son inflammation, on doit toujours tenter de la prévenir, en évacuant la plus grande quantité possible de ce liquide par la succion naturelle ou artificielle, en couvrant le sein de cataplasmes émolliens et résolutifs, tels que ceux de ciguë, de cerfeuil, de persil et de farine de graine de lin, auxquels on peut ajouter un corps gras, comme le suif fondu, et en cherchant à établir une révulsion sur le tube intestinal par le moyen des purgatifs. Le professeur Marjolin a employé avec succès le camphre, à la dose de deux gros, dissous dans un jaune d'œuf, employé en frictions sur l'engorgement.

Tant que l'inflammation n'est pas déclarée, il faut s'en tenir à ces moyens; mais aussitôt qu'elle se manifeste, la succion devient inutile et même nuisible; les cataplasmes cités sont insuffisans, et la révulsion sur les voies digestives n'est plus possible. Il faut avoir recours à une médication plus énergique et plus expéditive, et essayer d'abord de faire avorter l'inflammation par les saignées générales et locales, les cataplasmes émolliens et narcotiques, et la diète. Si l'on ne peut y parvenir, on renonce aux évacuations sanguines, pour se borner aux topiques émolliens, et attendre l'ouverture spontanée de l'ab-

cès, suivant quelques médecins, ou l'ouvrir aussitôt que la fluctuation se prononce, selon quelques autres. C'est ce dernier parti que nous avons adopté dans plusieurs circonstances, c'est-à-dire chaque fois que les femmes ont bien voulu s'y résoudre, ce qui est toujours très-rare, malgré l'atrocité des douleurs qu'elles éprouvent par le séjour du pus. Nous n'avons encore vu aucun inconvénient à suivre cette pratique, et nous y trouvons l'avantage d'épargner un, deux et même quelquefois trois jours de douleurs violentes aux malades. Nous devons dire aussi qu'à l'exception de la prolongation des souffrances, nous n'avons pas vu d'accidens suivre l'ouverture spontanée de ces abcès. Plessmann conseille, dans tous les cas, de vider complètement l'abcès au moyen d'une ventouse : ce procédé peut être avantageux. L'incision par laquelle on donne issue au pus doit toujours être petite pour empêcher l'accès de l'air, et afin d'éviter la réunion trop prompte de l'ouverture de ses lèvres, on y introduit, pendant les premiers jours, une tente de charpie ou une mèche de linge effilée sur ses bords. On continue les topiques émolliens tant qu'il reste un peu de douleur et d'engorgement. Il arrive assez souvent que lorsque la fluctuation s'étant d'abord fait sentir profondément vers la partie supérieure du sein, on a été conduit à faire une ouverture dans ce lieu, on soit quelque temps après obligé d'en pratiquer une autre vers la partie inférieure, parce que le pus fusant derrière la masse glandulaire vient se présenter à la partie la plus déclive.

Du phlegmon du médiastin.

La double masse de tissu cellulaire, à laquelle on donne le nom de médiastin, s'enflamme quelquefois; mais c'est surtout le médiastin antérieur qui est exposé à cet accident. Ce phlegmon est quelquefois l'effet d'une percussion sur le sternum; mais le plus communément il se développe, sans cause appréciable bien connue, chez les individus atteints depuis long-temps de

syphilis ou de scrofules, et presque toujours alors il accompagne, comme cause ou effet, la carie du sternum. Les symptômes en sont fort obscurs, en raison du siége qu'il occupe dans une partie qui n'est en relation sympathique avec aucune autre, et en outre, parce qu'il est presque toujours peu douloureux et lent dans sa marche. Une douleur plus ou moins vive sous le sternum, que la pression exercée sur cet os augmente, et que les mouvemens d'inspiration réveillent, en est, au début, le seul symptôme. S'il a été précédé par un coup ou une chute sur le sternum, cette circonstance jette quelque jour sur le diagnostic; mais lorsqu'il est survenu sans cause connue, l'obscurité est presque toujours des plus profondes. Cependant le siége de la douleur, l'absence de symptômes d'affections du poumon, de la plèvre, du cœur ou de l'estomac; puis les pulsations ressenties dans la partie; les frissons vagues et passagers dans la région dorsale; les sueurs, la mollesse et la plénitude du pouls, peuvent faire soupçonner la nature de la maladie. Malgré tous ces signes, les doutes ne sont ordinairement levés que lorsque le pus, fusant le long des vaisseaux, vient se rassembler en abcès sur les côtés du sternum ou à l'épigastre. Quelquefois ce liquide se fait jour à travers l'os lui-même. cela ne peut avoir lieu sans qu'il soit carié (Voyez *Ostéite*). Le phlegmon du médiastin est toujours une maladie longue, grave et souvent dangereuse; il est important d'en prévenir le développement, et d'empêcher qu'il ne se termine par suppuration. Si donc on a quelques raisons de croire à son existence, après un coup surtout, il ne faut pas balancer à faire des applications de sangsues sur la région sternale, jusqu'à ce qu'on en ait obtenu la résolution; mais le plus ordinairement ce sont les abcès qui en sont les suites que l'on est seulement appelé à traiter. Dans un cas de cette espèce, où le pus s'étant fait jour à travers le sternum, était venu soulever les tégumens, J. L. Petit agrandit l'ouverture faite à l'os, à l'aide du trépan perforatif, et parvint à vider complètement le foyer.

Du phlegmon de l'abdomen.

Toutes les portions du tissu cellulaire abdominal peuvent s'enflammer ; mais celui qui remplit le petit bassin en fournit le plus grand nombre d'exemples; cela dépend de ce qu'il est soumis à un plus grand nombre de causes d'irritation. La plus puissante de ces causes est l'état de couches; il n'est pas rare d'observer des femmes qui, quatre ou cinq jours ordinairement après l'accouchement, éprouvent de la pesanteur et des douleurs sourdes dans le bassin, qui se propagent bientôt aux cuisses et aux aines, dont les glandes s'engorgent. Des frissons irréguliers se déclarent; il survient du malaise, de l'accélération dans le pouls, la perte de l'appétit, de la soif; la peau s'échauffe, et ordinairement une cuisse seule ne tarde pas à s'engourdir et s'infiltrer. Les douleurs augmentent, l'irritation se propage aux ganglions et aux vaisseaux lymphatiques du membre ; celui-ci se tuméfie ; le mouvement et l'extension en sont douloureux. Nous aurons occasion de revenir sur ces symptômes. MM. Alard et Gardien les rapportent à l'inflammation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques du bassin et des membres abdominaux ; mais M. Velpeau, qui s'est livré à quelques recherches d'anatomie pathologique sur cette matière, l'attribue à l'inflammation de la symphyse sacro-iliaque ; toutefois, ce médecin a en même temps rencontré des abcès dans le petit bassin et le long de la cuisse malade, de sorte que l'on ignore si le phlegmon du bassin est, dans ces cas, primitif ou secondaire à l'inflammation de la symphyse. Il règne donc encore de l'incertitude sur ce point de pathologie. Cette phlegmasie est souvent grave et suivie de la mort ; c'est dire assez que le traitement anti-phlogistique le plus énergique doit être employé dès le début, afin de prévenir la suppuration s'il est possible.

Lorsqu'un phlegmon s'est développé dans toute autre partie

de l'abdomen, il est toujours difficile de le reconnaître tant qu'il ne vient pas former une tumeur aux parois abdominales. Cependant, au caractère de la douleur, qui est pulsative, à l'absence des signes de l'inflammation des organes contenus dans la cavité abdominale, aux frissons irréguliers qui passent rapidement dans le dos et les lombes, à la moiteur de la peau, enfin à la mollesse et à la plénitude du pouls, il n'est presque pas permis d'en méconnaître l'existence. Ce qui jette surtout de l'obscurité sur le diagnostic de ces phlegmons, c'est que, placés nécessairement dans le voisinage d'un organe, et même presque toujours en contact avec lui, leurs symptômes se trouvent confondus avec ceux de l'irritation de celui-ci et masqués par eux. Quand enfin le pus s'est rassemblé en foyer, et qu'il forme une tumeur aux parois abdominales, on doit lui donner issue, afin de prévenir son épanchement dans la cavité du péritoine. Quelquefois des adhérences ont lieu avec l'intestin, et le pus finit par se frayer une issue par cette voie. Lorsque cela arrive, ce que l'on reconnaît à la présence d'une quantité de pus dans les selles, le malade doit être mis à un régime très-sévère, à l'usage des bains et des lavemens répétés d'eau simple. On procède à l'ouverture des abcès, lorsqu'ils se prononcent à l'extérieur, par les moyens précédemment indiqués.

Du phlegmon du périnée.

Le phlegmon qui occupe la marge de l'anus est souvent l'effet de la crevasse de l'intestin rectum; mais comme, dans ce cas, il prend des caractères particuliers en raison de la présence des matières fécales, et qu'il donne presque nécessairement lieu à une fistule stercorale, nous renverrons l'histoire des abcès stercoraux à celle des fistules de même nature, et nous ne parlerons ici que du phlegmon simple.

La grande quantité de tissu cellulaire qui environne l'intestin rectum, et qui se trouve dans le petit bassin; la posi-

tion déclive de la partie ; la grande quantité de nerfs et de vaisseaux sanguins qui s'y rencontrent ; la fréquence des irritations qui affectent le rectum , le col de la vessie et la prostate ; les tumeurs hémorrhoïdaires, etc. , sont autant de circonstances qui favorisent le développement des abcès à la marge de l'anus, et qui concourent à leur faire prendre rapidement une grande extension. Aussi, s'il est vrai de dire qu'ils n'acquièrent pas tous un grand développement, et qu'on voit au contraire assez souvent se former, au pourtour de l'anus, de petits phlegmons qu'on a nommés, à cause de leur forme, *tubercules suppurés*, et qui se développent, s'ouvrent et se cicatrisent en quelques jours, sans avoir été, pour ainsi dire, aperçus par les malades, on doit dire aussi que lorsque le phlegmon a un siége plus profond, il constitue une maladie des plus graves. Développé sous l'influence des mêmes causes que le phlegmon en général, les phénomènes qui l'accompagnent sont des plus alarmans. Ils indiquent toujours une vive participation de l'estomac, du cœur et du cerveau ; et tandis que, par sa présence, il gêne la défécation et l'émission des urines ; que l'anxiété et l'agitation sont extrêmes ; que la douleur est d'autant plus vive qu'elle est incessamment augmentée par les plus légers efforts, tels que ceux qui sont nécessaires pour exécuter les plus simples mouvemens de locomotion ou des organes vocaux ; il arrive souvent qu'il ne se prononce à l'extérieur, par un point rouge, dur, profondément engorgé et douloureux, que lorsque déjà la suppuration a envahi et détruit une grande partie du tissu cellulaire du petit bassin ; souvent il s'ouvre dans le rectum, et dégénère presque toujours alors en *abcès stercoral*, par l'introduction des matières fécales dans sa cavité. Ordinairement il s'ouvre à l'extérieur, et laisse échapper, avec une grande quantité de pus d'une horrible fétidité, des lambeaux plus ou moins considérables de tissu cellulaire gangréné ; rarement alors les désordres sont-ils susceptibles d'être réparés sans les secours de l'art les plus efficaces. En effet, l'ouverture

de l'abcès se rétrécit ; mais il reste, entre le rectum dénudé et les parois immobiles du bassin, un vide qu'il est impossible de remplir, et qui, fournissant incessamment du pus, entretient l'ouverture extérieure, et constitue une *fistule borgne externe*, maladie dont nous nous occuperons ailleurs.

Traitement. Le traitement du phlegmon à la marge de l'anus doit avoir pour objet de faire avorter la maladie, lorsqu'on arrive dès son début ; mais l'intensité de l'inflammation est telle, que tout en employant de très-larges applications de sangsues, on doit en aider l'effet par des saignées générales, copieuses et multipliées.

Lorsqu'on n'a pas pu réussir à éviter la suppuration, il faut ouvrir l'abcès aussitôt qu'il se manifeste, dût-on même le faire avant que la suppuration soit établie, afin de prévenir la destruction du tissu cellulaire du bassin (1). Faget voulait que dans les cas où la suppuration a lieu, c'est-à-dire dans le plus grand nombre des circonstances, on incisât toujours crucialement la tumeur, en comprenant dans l'incision la paroi dénudée de l'intestin rectum. Foubert (2) prescrit, au contraire, de ne faire à ces abcès qu'une incision suffisante pour les évacuer. Sabatier pense qu'on doit réserver les incisions cruciales pour les abcès stercoraux. La plupart des chirurgiens d'aujourd'hui ont adopté les opinions de Foubert. En effet, dès que le pus a une libre issue au dehors, la douleur et les autres accidens cessent ; et comme il est impossible de calculer *à priori* l'étendue de la dénudation du rectum, et qu'il est à la rigueur possible que les parois du foyer se rapprochent et se cicatrisent, il vaut mieux attendre l'événement pour prendre une détermination, que de s'exposer à faire inutilement une opération grave. (Voyez *Fistule à l'anus*.)

(1) *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie*, tome Ier, page 389.
(2) Même recueil, tome III, page 473.

INFLAMMATIONS DU SYSTÈME NERVEUX.

Considérations générales.

Le plus important de tous les systèmes, chez l'homme, est sans aucun doute le système nerveux; toutes les actions vitales sont sous sa dépendance, et depuis l'absorption jusqu'à la pensée, il n'en est aucune qui s'exerce hors de son influence. Ces actions sont de deux sortes : les unes, soumises à la volonté, caractérisent surtout l'animalité; les autres, soustraites à cette puissance, appartiennent davantage à la vie végétative. Deux ordres de nerfs président à cette double série de phénomènes vitaux; nous les distinguerons, avec la plupart des physiologistes, en nerfs de la vie animale, et en nerfs de la vie végétative.

Le système nerveux de la vie animale comprend la moelle épinière ou cordon rachidien, les tubercules quadrijumeaux, le cervelet, le cerveau, et quarante-deux paires de nerfs, dont douze cérébrales et trente rachidiennes.

Pour se faire une idée générale de ce système, il faut se représenter le cerveau, les tubercules quadrijumeaux et le cervelet, comme trois épanouissemens de la moelle épinière, et les nerfs comme autant de cordons partant tous de cette moelle et se dirigeant vers tous les points de la périphérie, ou, si on l'aime mieux, partant des organes pour converger vers elle; mais pour l'intelligence des faits pathologiques, cette notion serait trop vague : il devient donc indispensable que nous y ajoutions quelques développemens. Nous serons aussi courts que possible.

1° Le cordon rachidien est partagé en deux moitiés latérales, sur chacune desquelles s'implante une moitié des quarante-deux paires de nerfs cérébraux et spinaux; il n'y a pas d'entre-croisement d'une portion latérale de la moelle avec l'autre, ni par conséquent des nerfs d'un côté avec ceux du côté opposé.

Les spinaux ont, dans le cordon rachidien, deux racines, une antérieure et l'autre postérieure.

2° Chaque moitié latérale de la moelle, à son arrivée dans le crâne, se divise en trois faisceaux, et chaque faisceau forme, avec celui du côté opposé :

Les antérieurs (*pyramidaux*), après avoir entre-croisé leurs fibres, et s'être renforcés par les couches optiques et les corps striés, LE CERVEAU;

Les moyens (*latéraux*, *olivaires*), renforcés par les éminences olivaires, LES TUBERCULES QUADRIJUMEAUX;

Les postérieurs (*restiformes*), renforcés par le corps festonné ou rhomboïdal, LE CERVELET.

3° Ces trois organes, le cerveau, les tubercules quadrijumeaux et le cervelet, communiquent d'abord entre eux par la moelle, leur point commun de départ, et en outre par :

Deux prolongemens du cervelet allant aux tubercules quadrijumeaux;

Deux autres se détachant des faisceaux moyens et se rendant aux antérieurs.

4° Après avoir formé le cerveau par leur épanouissement, les fibres des faisceaux antérieurs se rejoignent sur la ligne médiane, et le corps calleux résulte de leur réunion.

5° Des espaces vides résultent de l'arrangement de toutes ces parties; on les a nommés *ventricules*.

6° Ces nombreux organes sont formés de deux substances : l'une *blanche*, que l'on a nommée aussi *médullaire*; l'autre *grise*, connue également sous le nom de *corticale*, parce que le plus souvent elle enveloppe l'autre; celle-ci est beaucoup plus vasculaire que la première. Les nerfs ne contiennent que de la substance blanche.

Trois membranes : l'une de nature fibreuse, *dure-mère*; la seconde séreuse, *arachnoïde*; la troisième presque entièrement vasculaire, *pie-mère*, enveloppent tout le système nerveux de la vie animale. Les nerfs font exception : ils n'ont qu'une seule

enveloppe, le *névrilème;* elle est de nature fibreuse. Enfin des vaisseaux sanguins nombreux pénètrent les diverses parties qui le composent. L'anatomie n'y démontre la présence d'aucuns vaisseaux lymphatiques.

Transmettre et percevoir les sensations, commander, combiner et régulariser les mouvemens, présider aux facultés intellectuelles et affectives, établir des relations réciproques entre tous les organes, telles sont les importantes fonctions dévolues à ce système. Impressions trop vives, exercices musculaires extrêmes, travail intellectuel excessif, affections morales fortes ou prolongées, souffrances violentes des autres organes, telles sont les causes ordinaires de ses maladies. Lésions du mouvement, du sentiment, de l'intelligence, tels sont les principaux chefs auxquels peuvent se rattacher les symptômes des altérations qui lui sont propres.

L'inflammation est le mode d'irritation qui s'observe le plus fréquemment dans le système nerveux de la vie animale. Elle y est ordinairement suivie du ramollissement de la partie, en raison du peu de consistance naturelle de la matière nerveuse, et parce que d'ailleurs elle produit cet effet dans tous les tissus. La guérison en est rare lorsqu'elle est aiguë; la mort prompte, ou la suppuration, le passage à l'état chronique, l'induration, en sont les terminaisons les plus fréquentes. Nous n'avons pas besoin de faire observer que les phlegmasies des cordons nerveux offrent rarement le caractère de gravité propre aux autres portions du même système.

Les phlegmasies dont il est ici question n'accélèrent presque jamais les contractions du cœur; elles les ralentissent même le plus ordinairement; elles diminuent aussi la chaleur générale plutôt qu'elles ne l'augmentent; les intestins et la vessie ne ressentent jamais leur influence, excepté aux sphincters; enfin les poumons, l'estomac et le foie ne sont que rarement influencés par elles. Les organes de la vie végétative restent donc pour la plupart impassibles au milieu des désordres les plus graves du

système nerveux de la vie animale ; et s'il existe des exceptions, elles sont offertes par les organes auxquels se distribue le nerf pneumo-gastrique, ce lien commun des deux vies; car il est très-probable que le foie ne s'enflamme sous l'influence des irritations cérébrales que secondairement à l'estomac. Nous verrons plus loin que le système nerveux ganglionnaire a précisément pour fonction, sinon unique, du moins principale, d'isoler, de soustraire en partie les organes de la vie végétative à l'influence du système nerveux cérébro-rachidien.

L'intermittence est un des caractères des phlegmasies de ce système; les chroniques surtout affectent presque constamment ce type : il est beaucoup plus rare dans les aiguës.

Les principales altérations qu'on rencontre dans le système nerveux de la vie animale sont l'injection sanguine, le ramollissement, les kystes, les tubercules, l'endurcissement, le cancer, les tumeurs fibreuses, osseuses ; les hydatides, les épanchemens de sang, de sérosité, et l'atrophie. La plupart de ces altérations sont des résultats d'irritation aiguë ou chronique : la dernière seule doit être exceptée. Mais sont-elles toujours produites par l'inflammation? M. Broussais le pense, et M. Bouillaud a essayé de le démontrer dans son *Traité de l'encéphalite* (1). Nous croyons bien avec ces deux médecins, que ces altérations morbides se développent souvent sous l'influence de cet état morbide; mais nous croyons aussi qu'elles peuvent se former sans en avoir été précédées. (Voyez *Désorganisation.*)

Sans être entièrement indépendant du précédent, le système nerveux de la vie végétative a néanmoins une action propre, des fonctions particulières, *probablement* des maladies spéciales, comme il a une organisation qui n'appartient qu'à lui.

C'est un double cordon noueux placé au-devant et de chaque côté de la colonne vertébrale; c'est une triple série de ganglions, les uns placés sur le trajet des nerfs rachidiens, du trijumeau,

(1) *Traité clinique et physiologique de l'Encéphalite*, etc. Paris, 1825.

du nerf vague et du glosso-pharyngien ; les autres sur le nerf tri-splanchnique, et quelques-uns plus rapprochés de la ligne médiane ; ce sont enfin des cordons nerveux, établissant des communications fréquentes, et dans tous les sens, entre toutes ces parties, accompagnant toutes les artères, se distribuant au cœur, aux muqueuses des voies digestives et urinaires, etc. : ce sont, disons-nous, ces divers organes qui, dans leur ensemble, forment le système nerveux de la vie végétative.

La nutrition, les sécrétions, la circulation capillaire et la digestion intestinale s'exercent spécialement sous son influence ; mais il a surtout pour fonctions, 1° de soustraire l'exercice de ces actes au pouvoir de la volonté ; 2° de les continuer pendant le sommeil, et dans tous les cas où le centre nerveux cesse pour quelque temps de lui fournir le principe de son action, agissant alors comme un réservoir du fluide nerveux ; 3° de transmettre à ce centre les sensations viscérales d'une certaine intensité, et lui enlever la conscience de celles qui sont au-dessous de ce degré d'intensité, variable suivant les individus ; 4° probablement d'établir des liaisons sympathiques entre tous les principaux organes.

Les maladies de ce système sont à peine connues. On a trouvé quelquefois sur les cadavres, les ganglions ou les nerfs sympathiques enflammés ; mais on ne sait pas bien à quels symptômes ces altérations correspondent. Cependant M. Lobstein dit avoir observé l'inflammation des ganglions semi-lunaires ou cœliaques à la suite de symptômes de coqueluche et de tétanos ; M. Autenrieth a vu les nerfs vagues sympathiques et cardiaques enflammés dans la coqueluche ; enfin Duncan a rencontré, dans un cas de diabète, la portion abdominale du nerf sympathique triplée ou quadruplée de volume. Ces faits demandent à être confirmés.

Les phlegmasies du système nerveux de la vie animale pré-présentent des symptômes particuliers et des indications spéciales, suivant qu'elles affectent le cerveau, le cervelet, la

moelle épinière, ou les cordons nerveux. Nous les étudierons donc séparément dans ces divers organes : la première, sous le nom de *cérébrite ;* la seconde, sous celui de *cérébellite ;* la troisième, sous celui de *myélite ;* et la quatrième, sous celui de *névrilite*. Nous avons déjà dit que celles du système nerveux de la vie végétative ne sont pas connues.

De la cérébrite.

La cérébrite est l'inflammation du cerveau. Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente. On la trouve décrite dans les auteurs sous les noms de *fièvre maligne*, *ataxique*, *intermittente pernicieuse*, *céphalite*, *ramollissement*, *induration*, *inflammation du cerveau*, et enfin *encéphalite*.

Causes. La cérébrite n'épargne aucun âge, aucun sexe ni aucune constitution ; mais on voit, par les exemples rapportés par M. Lallemand (1), que les vieillards en sont plus fréquemment atteints que les autres âges ; les enfans cependant en sont souvent affectés ; mais il est probable qu'elle est chez eux consécutive à l'arachnoïdite, à laquelle ils sont particulièrement disposés (2). Il résulte des faits recueillis par le premier de ces observateurs, ainsi que de ceux publiés par Abercrombie (3), que les hommes y sont plus exposés que les femmes ; enfin, M. Georget (4) fait remarquer qu'elle est plus fréquente chez les sujets nerveux et dont le cerveau est naturellement irritable. On signale, parmi les causes prédisposantes,

(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances.*

(2) *Recherches sur l'inflammation de l'arachnoïde*, par MM. Parent et Martinet.

(3) *Journal d'Édimbourg, et observations sur l'inflammation chronique du cerveau et de ses membranes.*

(4) *Dictionnaire de médecine*, en 18 volumes, article *Encéphalite*.

l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, la diminution ou la suppression d'hémorrhagies habituelles, l'abus des liqueurs spiritueuses et les affections morales tristes. Les causes occasionelles les plus ordinaires sont toutes les percussions un peu fortes du crâne, accompagnées ou non de fracture de cette boîte osseuse; l'irritation directe du cerveau par la présence d'une esquille ou d'un autre corps étranger, l'inflammation de ses membranes, et surtout de l'arachnoïde; la carie des os du crâne, et spécialement celle du rocher par l'effet des otites chroniques; l'insolation forte et prolongée; les excès de boissons alcooliques, les poisons narcotiques, les miasmes des marais, les efforts du vomissement, mais surtout ceux qui sont provoqués par l'émétique; les mouvemens de frayeur, de terreur, et enfin la disparition brusque d'une phlegmaisie ou d'une hémorhagie chez un individu prédisposé. M. le professeur Lallemand rapporte un exemple d'inflammation et de suppuration de la partie postérieure de l'hémisphère *gauche* du cerveau déterminée par l'inflammation d'une partie du plexus brachial *droit* (1).

Symptômes et *marche*. La cérébrite existe rarement isolée, mais enfin cela a lieu quelquefois, et le fait fût-il plus rare encore, on n'en devrait pas moins donner la description de cette phlegmasie dégagée de toute complication. Son invasion est subite ou lente. Lorsqu'elle est précédée de symptômes précurseurs, ce sont toujours des phénomènes de congestion ou d'irritation cérébrale plus ou moins fréquens; tels sont, les étourdissemens, l'obscurcissement de la vue, le strabisme accidentel, la faiblesse et l'engourdissement d'un côté du corps, les fourmillemens dans les membres, les symptômes épileptiques, les secousses convulsives *d'un seul côté du corps* (caractère qui les distingue de celles que provoque l'arachnoïdite chronique); les tintemens d'oreille, les pesanteurs de tête avec embarras dans la parole, les illusions d'optique avec coloration des objets en

(1) *Ouvrage cité*, lettre 2e, pages 123 et suivantes.

rouge; quelquefois des congestions cérébrales fortes au point de simuler des attaques d'apoplexie; les changemens dans le caractère, l'irascibilité, la défiance, les terreurs paniques, et enfin les douleurs de tète plus ou moins vives, continues ou intermittentes (1).

Enfin, la maladie se déclare, et voici les symptômes que lui assigne le professeur Lallemand, et l'ordre dans lequel ils se succèdent le plus ordinairement : d'abord, exaltation des facultés intellectuelles, céphalalgie, sensibilité de la rétine, contraction de la pupille, strabisme, déviation de la bouche, douleurs des membres, puis contraction continue ou intermittente des muscles, diminution de l'intelligence, stupeur, somnolence, dureté de l'ouïe, perte de la vue, de la parole, déviation de la langue du côté contracté ou paralysé lorsque le malade veut la sortir, quelquefois cet organe est sec, brun, croûteux et fendillé ; enfin, paralysie des muscles, d'abord avec contraction et conservation de la sensibilité, ensuite avec flaccidité et insensibilité de la peau. Ce médecin fait observer que si la première série de symptômes existe aussi dans l'arachnoïdite, et la seconde dans l'apoplexie, ce n'est que dans la cérébrite qu'ils se présentent réunis, parce que cette phlegmasie offre en même temps l'irritation du cerveau et l'altération de son tissu, tandis que l'arachnoïdite ne produit que le premier de ces phénomènes, et l'apoplexie le second. Ajoutons, pour compléter le diagnostic, que la céphalalgie a toujours son siége du côté de l'inflammation ; la contracture des muscles du côté opposé ; que le premier de ces symptômes diminue à mesure que le sentiment s'éteint; que le second est presque toujours intermittent; qu'il alterne souvent avec des mouvemens convulsifs; enfin, que souvent accompagné, au début, de l'exaltation de la sensibilité des muscles contractés, il ne tarde pas à faire place à la paralysie complète. Un symptôme

(1) Lallemand, *ouvrage cité.*

qui accompagne assez fréquemment l'inflammation du cerveau, est l'odeur de souris qu'exhale le malade. M. Lallemand pense que cette odeur est produite par l'élimination d'une certaine quantité d'urine par la voie de la transpiration cutanée. Ce liquide, en effet, s'accumule et séjourne dans la vessie, parce que le cerveau enflammé ne peut plus commander les actes nécessaires à son expulsion; une portion est absorbée, et imprègne, pour ainsi dire, tout le corps et les autres excrétions de son odeur. C'est en vertu de cette même impuissance du cerveau à exciter les actes nécessaires à la défécation, qu'une constipation opiniâtre existe presque toujours dans l'inflammation du cerveau.

Cette phlegmasie n'influe sur la respiration que dans les derniers momens de la vie; jamais elle n'accélère les contractions du cœur, et même le plus communément elle ralentit le pouls; jamais non plus elle ne produit le délire : elle exalte ou diminue seulement les facultés intellectuelles. Quand le pouls est fréquent dans la cérébrite, c'est qu'il existe en même temps une autre phlegmasie. Lorsqu'il y a du délire, l'arachnoïde est enflammée. Ce n'est pas, ainsi que le fait observer M. Lallemand, que l'arachnoïde soit le siége du délire; mais quand cette membrane est enflammée, elle excite le cerveau, comme la plèvre fait le poumon, et ses fonctions s'exaltent; tandis que quand cet organe lui-même est le siége de l'inflammation, « son tissu est trop altéré pour qu'il puisse continuer ses fonctions; il y a paralysie des fonctions intellectuelles, comme paralysie des mouvemens volontaires (1). Dans quelques cas, il n'y a pas de paralysie; toujours alors l'inflammation a son siége, ajoute ce savant professeur, dans des parties qui n'ont pas de communication *directe* avec la moelle épinière; telles sont le corps calleux, le *septum lucidum* et la voûte à trois piliers. »

(1) *Ouvrage cité*, lettre 2e, pages 246 et 247.

Lorsque la paralysie est générale, l'inflammation occupe la protubérance annulaire, ou bien elle est tellement étendue dans un hémisphère, que l'autre est fortement comprimé par le gonflement qu'elle détermine. MM. Foville et Pinel-Grandchamp ont conclu de faits nombreux, 1° que la paralysie bornée à un seul bras indique que la couche optique seule et ses irradiations (du côté opposé) sont le siége de la lésion; 2° que la paralysie de la jambe dépend de la lésion du corps strié et de ses irradiations; 3° que l'hémiplégie annonce la lésion simultanée de la couche optique et du corps strié. Il résulte de là que la paralysie croisée, celle qui frappe en même temps le bras *droit* et la jambe *gauche*, par exemple, prouve l'existence d'une lésion dans chaque hémisphère; l'une dans la couche optique *gauche*, et l'autre dans le corps strié *droit*. Quelques faits tendent à faire croire que la paralysie isolée de la langue indique la lésion de la corne d'Ammon (1). Enfin M. Bouillaud a dans ces derniers temps défendu, avec le talent qu'on lui connaît, l'opinion que la perte de la mémoire des mots est un signe que l'inflammation occupe les lobules antérieurs du cerveau (2). Ajoutons que les diverses paralysies dont nous venons de parler n'indiquant que le siége de la lésion cérébrale, et pouvant dépendre de lésions de nature différente, doivent avoir été précédées ou être accompagnées des symptômes précédemment énumérés, pour qu'on puisse les rapporter à l'inflammation.

La cérébrite produit quelquefois des vomissemens sympathiques. On reconnaît que telle est leur nature, à la fraîcheur de la peau, la blancheur et l'humidité de la langue, et à l'état naturel du pouls. Que si la peau est chaude et sèche, la langue sèche, rouge aux bords et fuligineuse au centre, et le pouls fréquent, les vomissemens cessent d'être sympathiques de la

(1) *Essai sur la paralysie, considérée sous le rapport de la séméiologie*; par M. Cazes, D. M. P., 1824.

(2) *Ouvrage cité*, pages 283 et suivantes.

phlegmasie cérébrale ; ils dépendent d'une inflammation concomitante des voies digestives. Ces faits nous paraissent incontestables ; plusieurs observations nous en ont démontré la vérité depuis la publication de l'ouvrage du professeur de Montpellier.

Lorsque le cerveau s'est enflammé à la suite d'une fracture du crâne, et qu'une large ouverture lui permet de sortir au dehors à mesure qu'il est gonflé par la congestion, il n'existe point, ou à peine, de symptômes de compression. Ainsi la vue et l'ouïe conservent leur intégrité du côté non paralysé, et ne sont que légèrement affaiblies de l'autre côté ; il n'y a pas de somnolence ni de coma ; l'exercice des facultés intellectuelles reste à peu près libre jusqu'à la fin. Que si, dans ce cas, on veut s'opposer à l'issue de la substance cérébrale, le coma, la perte de l'intelligence, etc., ne tardent pas à se manifester (1).

Ces symptômes sont encore sujets à une foule de variations, soit dans l'intensité, soit dans la marche, soit dans le développement, que nous ne pouvons pas faire connaître ici. Nous dirons seulement que lorsque le pus se rassemble en un seul foyer, la congestion, la compression et l'irritation cérébrales venant à diminuer tout-à-coup, les symptômes s'amendent, diminuent et même disparaissent au point de faire croire à la guérison ; mais les facultés intellectuelles restent un peu obtuses, les réponses et les mouvemens conservent de la lenteur, et bientôt le pus agissant comme corps étranger, irrite et enflamme la substance cérébrale qui l'entoure ; tous les accidens se renouvellent avec force et le malade succombe. Quelquefois cependant ces accidens consécutifs n'acquièrent pas une grande intensité ; ils finissent même par céder plus ou moins complètement. Le malade reste hémiplégique, ou bien avec un côté du corps seulement affaibli, ou même avec un simple affaiblissement des facultés intellectuelles, ou la perte de la mé-

(1) Lallemand, *ouvrage cité*, 3e Lettre, pages 434 et 435.

moire, ou bien avec quelques-uns des symptômes que nous avons signalés comme précédant quelquefois l'invasion de la maladie. Alors la cérébrite est passée à l'état chronique; le pus s'est enveloppé d'un kyste, ou la portion de substance cérébrale qui a été le siége de l'inflammation s'est indurée. Cet état chronique peut être primitif; et l'on voit quelquefois des individus périr tout-à-coup ou en peu d'heures, après avoir offert pendant plusieurs mois, et même des années, des symptômes cérébraux en apparence peu graves, et dans le cerveau desquels on est tout étonné de rencontrer des désordres très-considérables. On sait que tous les organes peuvent ainsi s'altérer profondément d'une manière latente.

Enfin les symptômes de la cérébrite sont quelquefois intermittens : les auteurs en ont fait alors une *fièvre intermittente pernicieuse*.

Ce qui rend surtout le diagnostic de la cérébrite embarrassant, c'est la similitude qui existe entre ses symptômes d'excitation et ceux de l'arachnoïdite, et entre ses symptômes de collapsus et ceux de l'apoplexie; de sorte que quand un de ces ordres de phénomènes est peu marqué, ou n'a pas été observé par le médecin, il est facile de confondre la phlegmasie du cerveau avec l'une ou l'autre de ces affections. M. Lallemand caractérise de la manière suivante les différences fondamentales de ces affections. Dans l'inflammation de l'arachnoïde, dit ce professeur, *symptômes spasmodiques sans paralysie*; dans l'apoplexie, *paralysie subite, sans symptômes spasmodiques*; dans l'inflammation du cerveau, *symptômes spasmodiques, paralysie lente et progressive, marche inégale et intermittente*.

Durée, terminaisons et pronostic. La marche de la cérébrite aiguë est toujours rapide; sa durée moyenne est de six à sept jours; elle est souvent moindre, et quelquefois elle se prolonge jusqu'à vingt-un jours. C'est toujours une maladie grave; elle guérit rarement, et quand la mort n'en est pas la suite, elle

passe à l'état chronique et laisse des infirmités plus ou moins graves. Cependant elle se termine quelquefois par résolution, et lorsque le traitement en sera mieux dirigé qu'il ne l'a été en général jusqu'ici, cette terminaison sera probablement plus fréquente. La suppuration est le mode de terminaison le plus ordinaire ; l'induration en est quelquefois la suite ; mais la gangrène est excessivement rare, et n'a peut-être lieu que dans les cérébrites avec sortie de la substance cérébrale au-dehors. La durée de la cérébrite chronique est indéfinie ; la cérébrite intermittente emporte souvent le malade au troisième accès, et ne dépasse peut-être jamais le sixième.

Caractères anatomiques. L'inflammation du cerveau se montre à l'ouverture des cadavres sous l'aspect d'une espèce de liquéfaction d'une partie de la substance cérébrale, le reste conservant à peu près sa consistance ordinaire. Cette lésion a son siége le plus ordinaire dans la substance grise, le corps strié, la couche des nerfs optiques, la protubérance annulaire, parce que ces parties reçoivent le plus grand nombre de vaisseaux et les plus volumineux de ceux qui se rendent au cerveau. Lorsque la mort est survenue dans la première période inflammatoire, la partie ramollie est injectée de sang et colorée par ce liquide, en rose, rouge plus ou moins foncé, rouge violet, lie de vin, et brunâtre. Cette dernière coloration résulte de la combinaison du sang avec la substance grise. A une époque plus avancée de la maladie, et lorsque la suppuration se forme ou est formée, le pus remplace le sang dans la substance ramollie et la colore en blanc sale, blanc jaunâtre ou verdâtre. Plus tard ce liquide est rassemblé en petits foyers, puis en un foyer unique au milieu duquel nagent des débris de cerveau, et enfin, lorsque la maladie est passée à l'état chronique, ce liquide est environné d'un kyste dont l'organisation est d'autant plus avancée que l'on s'éloigne davantage de l'époque de l'invasion. La consistance, la couleur et l'odeur du pus varient ; il est épais, séreux, blanc, verdâtre, grisâtre,

ordinairement inodore et quelquefois fétide. Enfin, à la suite des cérébrites chroniques, surtout primitives, on trouve aussi des indurations circonscrites ayant la consistance et l'aspect de la cire un peu sale, des *tubercules*, des *cancers*, des *dégénérations squirrheuses, encéphaloïdes*, etc. Il est vrai que la nature inflammatoire de ces dernières altérations n'est pas démontrée. (Voyez *Désorganisations.*)

Traitement. La nature de la maladie qui nous occupe ayant été méconnue jusqu'aux travaux d'Abercrombie et de Lallemand, le traitement en a toujours été empirique et meurtrier. Les chirurgiens seuls la traitaient convenablement et obtenaient des cures nombreuses, parce que n'ayant à la traiter que lorsqu'elle compliquait des fractures du crâne ils n'en pouvaient méconnaître la nature inflammatoire. Aujourd'hui le choix des moyens ne saurait être douteux; des faits nombreux d'ailleurs sont déjà venus démontrer l'efficacité d'un traitement antiphlogistique énergique. Il faut se hâter surtout d'agir au début : c'est ici que l'occasion est pressante (*occasio præceps*, Hippocrate). L'organe malade se désorganise avec la plus grande promptitude et une désolante facilité, et les momens d'agir avec avantage sont courts. Des saignées générales, abondantes et répétées, des applications fortes de sangsues derrière les oreilles, l'emploi de la glace sur la tête, la rubéfaction des extrémités, doivent être immédiatement mis en usage. M. Blaud de Beaucaire a proposé la compression des artères carotides dans toutes les phlegmasies cérébrales : ce moyen peut être efficace. On peut joindre à ces moyens l'emploi des purgatifs, surtout en lavemens, si les voies digestives sont exemptes d'irritation; mais en général il est préférable, pendant toute la période d'acuité, de ne donner que des boissons délayantes. La diète est indispensable. Ce n'est que lorsque la maladie menace de passer ou existe à l'état chronique, qu'on peut se servir des purgatifs continus avec sécurité; ils entretiennent sur les voies digestives une révulsion salutaire. Mais quand la cé-

rébrite est passée à l'état chronique, cette révulsion est insuffisante ; il faut avoir recours en même temps aux vésicatoires suppurans et même au séton à la nuque. On ne possède pas d'autres données sur le traitement de l'inflammation chronique du cerveau. Il ne faut jamais hésiter à administrer le quinquina après le premier ou le second accès, au plus tard, d'une cérébrite intermittente, mais on doit en seconder les effets par l'emploi des émissions sanguines et des révulsifs pendant les accès.

De la cérébellite.

L'inflammation du cervelet n'est pas encore assez connue pour que nous en puissions tracer l'histoire. La maladie décrite par les auteurs sous le nom de *priapisme* en est peut être le symptôme principal. On sait que M. Gall place le siége de l'amour physique dans le cervelet; M. Larrey a vu un militaire devenir impuissant par suite d'une blessure de cet organe ; enfin, M. Serres regarde l'érection de la verge comme le signe constant de toute irritation cérébelleuse. Quelques maladies décrites par les auteurs sous les noms de *fièvres malignes* avec priapisme, n'étaient probablement que des cérébellites. Nous regrettons toujours de n'avoir pas recueilli les détails de deux faits de cérébellite que nous avons observés à l'Hôtel-Dieu : voici ce que nos souvenirs nous en rappellent. Un pompier entra à cet hôpital avec des symptômes cérébraux, tels que *perte de la parole*, renversement du cou en arrière, yeux ouverts, fixes, immobiles et brillans ; physionomie un peu exaltée, immobilité du corps, mais sans contracture ni paralysie des membres, ni perte de la sensibilité ; les parties génitales ne furent pas examinées. Il nous a semblé que l'intelligence était conservée, car le malade paraissait entendre parfaitement les questions qu'on lui adressait ; on eût dit qu'il s'efforçait d'y répondre, et des larmes venaient mouiller le globe de l'œil, comme s'il se fût attristé de ne pouvoir le faire. Ce mutisme

existait aussi avec les mêmes circonstances, et de plus avec bredouillement, chez un vieillard ; mais il y avait en outre hémiplégie et contracture du côté droit, qui se dissipèrent en partie sous l'influence des évacuations sanguines. Le malade a été ouvert à la pitié, par M. Serres, et nous avons appris que ce médecin avait trouvé une lésion du cervelet. On diagnostiqua, chez le premier, une affection cérébrale, mais sans en préciser le siége ni la nature ; quelques émissions sanguines furent cependant employées : le malade mourut, et à l'ouverture du cadavre on ne trouva d'autres lésions qu'une induration de l'aspect et de la consistance du lard rance, de la grosseur d'une petite noix, dans la substance blanche d'un hémisphère du cervelet, avec injection sanguine assez forte de la substance environnante. Le lendemain, on apprit par un autre pompier que ce militaire était doué d'une salacité extraordinaire.

De la myélite (1).

On nomme ainsi l'inflammation de la moelle épinière. Elle a été désignée par les noms de *pleuritidis dorsalis*, *rachialgie* et *spinite*.

Causes. Les plus fréquentes sont les efforts, les chutes, les coups violens sur le rachis, les affections des vertèbres et l'insolation ; elle est quelquefois produite aussi par la suppression d'une hémorrhagie habituelle, par la disparition trop prompte d'un érysipèle, d'une dartre ou d'une phlegmasie articulaire ; enfin, c'est assez fréquemment l'extension d'une inflammation voisine des vertèbres, de l'arachnoïde ou du cerveau qui la fait naître.

Symptômes. Il paraît que le symptôme le plus constant de la

(1) Voyez l'ouvrage de M. Olivier, d'Angers, intitulé : *De la moelle épinière et de ses maladies*. C'est à cet excellent travail que nous empruntons tout ce qui va suivre sur l'inflammation de la moelle.

myélite est une douleur excessivement aiguë et profonde, accompagnée d'un sentiment de chaleur âcre dans la longueur du rachis, que les mouvemens, le décubitus sur le dos, surtout sur un lit de plume, exaspèrent, et dont l'intensité n'est pas accrue par la pression. A cette douleur, plus ou moins circonscrite, se joignent la stupeur et des fourmillemens dans les membres abdominaux, l'excrétion involontaire des matières fécales et des urines, ou leur rétention. La paralysie gagne quelquefois, successivement et en montant, la partie supérieure du tronc, les membres supérieurs, et finit par déterminer la cessation de la respiration et la mort par asphyxie; plus rarement elle se propage de haut en bas. Ordinairement elle commence par un seul côté du corps, et se communique à l'autre : tantôt le mouvement est seul aboli, et tantôt la sensibilité ; dans quelques cas, des convulsions précèdent la paralysie ; quelquefois les membres offrent une contraction permanente, douloureuse ; d'autres fois ils sont flasques, sans nulle rigidité. Cette différence paraît, d'après M. Janson, tenir à ce que, dans le premier cas, l'inflammation s'étend aux membranes de la moelle, et que, dans le second, elle reste bornée à la pulpe nerveuse. Les facultés intellectuelles ne sont pas troublées, comme dans les phlegmasies du cerveau ou de ses membranes ; le rachis n'éprouve ni raideur, ni courbure, comme dans l'arachnoïdite rachidienne ; le pouls est ordinairement fréquent et irrégulier. Dans le plus haut degré d'intensité de la myélite, on observe quelquefois des spasmes tétaniques, le trismus, l'aphonie, la difficulté de la déglutition et une dyspnée extrême. Parfois les yeux sont très-sensibles à la lumière et l'oreille aux sons, mais jamais on n'observe la perte de la vue ni de l'ouïe, s'il n'existe pas une inflammation cérébrale concomitante.

Ces symptômes reçoivent quelques modifications du siége que l'inflammation occupe dans l'étendue du cordon rachidien. Si c'est la région supérieure de la moelle qui est enflammée,

les sens sont troublés, il y a du délire, parce que l'inflammation s'étend toujours à l'encéphale ; on observe en outre le trismus, le grincement des dents ; la langue est rouge, sèche, la déglutition difficile, la parole impossible, les mouvemens de la respiration pressés, tumultueux ; la paralysie générale ; et la mort survient rapidement avec les accidens de l'asphyxie. Quelquefois il s'y joint des symptômes d'hydrophobie. Lorsque l'inflammation a son siége dans la portion cervicale de la moelle, on remarque assez souvent une rigidité prononcée dans les muscles du cou, de même que dans les membres supérieurs, qui sont quelquefois agités de mouvemens convulsifs, et d'autres fois paralysés ; la respiration est alors laborieuse et très-pénible, et ne s'opère que par le diaphragme. Quand elle occupe la portion dorsale, entre les deux renflemens, on observe plus particulièrement des secousses convulsives et continues du tronc, auxquelles les membres ne participent pas, à moins que la désorganisation n'occupe une partie des renflemens. La respiration est courte, précipitée, diaphragmatique ; il y a des palpitations et des battemens irréguliers du cœur. Enfin, quand la portion lombaire, ou mieux le renflement inférieur de la moelle, est le siége de l'inflammation, la paralysie des membres inférieurs, l'écoulement involontaire ou la rétention des matières fécales et de l'urine et la douleur profonde bornée à la région des lombes, sont les symptômes ordinaires. Quelquefois on a remarqué un satyriasis plus ou moins marqué, principalement lorsque la maladie résultait d'un coup ou d'une chute. Enfin, on a trouvé chez des épileptiques un ramollissement pultacé de cette partie de la moelle.

La myélite existe quelquefois à l'état chronique ; les symptômes en sont presque toujours obscurs ; le plus souvent elle n'est accompagnée d'aucune douleur. La paralysie graduelle des membres et le trouble progressif des fonctions de la vessie et du rectum peuvent la faire soupçonner. Dans quelques cas

très-rares, la moelle se désorganise sans même produire de paralysie (1).

Marche, durée, terminaisons et pronostic. La marche de la myélite aiguë est parfois très-rapide ; le malade succombe en trois à quatre jours : quelquefois elle se prolonge jusqu'à quinze à vingt jours. A l'état chronique, sa durée est indéfinie. La guérison en est extrêmement rare, et c'est presque toujours par la mort qu'elle se termine.

Caractères anatomiques. A l'ouverture des cadavres, on trouve ordinairement, dit M. Olivier (2), la substance de la moelle ramollie, plus ou moins désorganisée, et quelquefois réduite en un fluide jaunâtre, analogue au pus : tantôt le ramollissement comprend toute l'épaisseur de la moelle, tantôt il n'occupe qu'une de ses moitiés latérales, dans une étendue variable ; d'autres fois il est plus marqué du côté de sa face postérieure que de sa face antérieure, *et vise versâ ;* il peut exister isolément dans la portion céphalique, ou dans les portions cervicale, dorsale, ou lombaire : quelquefois il y a augmentation de la moelle dans le point ramolli. Dans quelques cas de myélite chronique, on a trouvé la moelle épinière indurée, ses artères gorgées de sang et ses membranes enflammées.

Traitement. Dans la myélite aiguë, il faut avoir recours aux saignées générales, aux applications nombreuses et fortes de sangsues sur la région dorsale, aux ventouses scarifiées, aux bains tièdes prolongés et administrés de manière à ne pas causer de secousses aux malades, à la diète et aux boissons délayantes. On a proposé les topiques froids : s'il faut juger de leur efficacité par celle de la glace dans les inflammations cérébrales, ce moyen serait d'un grand secours. Lorsque l'inflammation de la moelle est chronique, on emploie les topiques irritans, les fomentations aromatiques, les douches d'eau légèrement salée

(1) *Ouvrage cité.*

(2) *Ouvrage cité.*

et chaude à trente ou quarante degrés, les frictions sèches, les rubéfians, les vésicatoires, les cautères et les moxas. Le repos absolu est indispensable.

De la névrite.

On a confondu pendant long-temps sous le nom de *névralgies* deux affections qui ont sans doute de nombreux points de ressemblance, mais qui n'en sont pas moins différentes l'une de l'autre, l'*irritation inflammatoire* et l'*irritation nerveuse* des cordons nerveux. Nous-mêmes, dans notre première édition, avions commis cette erreur. Des travaux récens (1) ayant enfin appris à mieux distinguer ces deux modes d'irritation dans les nerfs, nous tracerons ici l'histoire de la première sous le nom de *névrite*.

Causes. Des opinions contradictoires avaient été avancées par les divers auteurs qui avaient traité des névralgies sur la nature des causes qui les produisent. Ainsi, tandis que les uns affirmaient que les femmes en sont plus fréquemment affectées que les hommes (Fothergill, Chaussier), les autres soutenaient l'opinion contraire (Thouret). Les mêmes contradictions se retrouvaient dans l'histoire des lésions anatomiques et du traitement. Cela devait être, puisque l'on confondait deux maladies différentes dans une même étude. Leur distinction étant aujourd'hui assez bien établie, il paraît certain que la névrite affecte le plus souvent les hommes, les adultes, les sujets forts et sanguins, tandis que la névralgie s'observe plus fréquemment chez les femmes et principalement chez les hystériques, et parmi les hommes chez les sujets nerveux, mélancoliques, irritables. Les causes occasionelles qui produisent la névrite sont en général violentes, tandis que celles des névralgies restent souvent inaperçues; toutefois ceci souffre de nom-

(1) Martinet, *Revue médicale*, juin 1824. Arloing, *Journal général de Médecine*, mars, 1827. Mêlier et Roche, *Rapport sur le mémoire précédent*, même journal, même cahier.

breuses exceptions. Ainsi, s'il est plus ordinaire de voir la névrite se développer sous l'influence des contusions, des piqûres et des déchirures des nerfs, par l'action du froid humide et principalement du décubitus sur la terre humide pendant la nuit, après la suppression d'une phlegmasie cutanée, d'un flux hémorrhoidal habituel, et la névralgie au contraire être produite plus fréquemment par des affections morales, l'abus de certains stimulans tels que le café, et souvent se manifester sans cause connue, ainsi que nous l'avons déjà dit, on voit assez souvent aussi les névralgies résulter de l'action du premier ordre de causes, et les névrites apparaître sans qu'on puisse en soupçonner l'origine. Cependant, il n'en faut pas moins regarder les premières comme plus particulières à la névrite, et l'on ne doit pas négliger d'en tenir compte dans les cas obscurs, pour jeter quelque lumière sur la nature du mal.

Symptômes, marche, durée, etc. Les symptômes de la névrite sont : une douleur *continue* existant sur le trajet d'un tronc nerveux, d'un caractère toujours uniforme, augmentant par la pression, quelquefois par le plus léger contact, et toujours réveillée par les mouvemens de la partie, ordinairement peu intense au début et s'accroissant ensuite graduellement; une sensation de chaleur dans la partie; quelquefois de la rougeur à la peau si le nerf est superficiel, et, dans ce cas encore, un gonflement parfois appréciable de ce nerf. Pour peu que la phlegmasie soit intense, il s'y joint bientôt de la fréquence dans le pouls, de la chaleur à la peau, de la soif, et tous les symptômes qui annoncent l'influence d'une phlegmasie locale sur les principaux organes, le cœur, l'estomac et le cerveau.

Il suffit de rapprocher ces symptômes de ceux de la névralgie pour apercevoir aussitôt les caractères qui les distinguent. Dans celle-ci, la douleur est ordinairement subite, instantanée, et elle acquiert en quelques instans toute son intensité; elle s'apaise et revient tour à tour, en un mot, elle est intermittente; sa nature est très-variable; elle consiste tantôt dans des

élancemens violens et rapides, tantôt dans des secousses brusques semblables au choc électrique; parfois elle produit la sensation de la brûlure, d'autres fois celle d'une dilacération horrible; ici elle se manifeste par un sentiment de torpeur et de fourmillement; là par des pincemens ou des picotemens, enfin, elle revêt souvent en peu d'instans plusieurs de ces caractères. Mais il est surtout quelques particularités qui n'appartiennent qu'à elle, et qui ne permettent pas de la confondre avec la douleur de la névrite; ainsi, la pression ne l'augmente pas et souvent même la soulage; elle a presque toujours un point de départ d'où elle s'élance pour suivre et dessiner les ramifications du nerf; enfin, quelque violente qu'elle soit, on ne la voit presque jamais s'accompagner d'accélération du pouls, de chaleur générale, de soif, etc., en un mot, des symptômes qui annoncent une réaction sympathique. En général, elle n'est accompagnée, ni de chaleur, ni de gonflement dans la partie affectée. Nous verrons en traitant des névralgies, quels en sont les autres symptômes; ici nous ne devions en retracer que les caractères différentiels.

Bien que les différences que nous venons d'établir soient très-fondées, il ne faut pas croire qu'il soit toujours facile de distinguer une névrite d'une névralgie. Quand ces affections sont légères, et quelquefois même lorsqu'elles sont vives, il est parfois impossible d'en déterminer la nature. Mais nous verrons que la même difficulté se représente dans toutes les névroses, et que souvent on les confond avec les phlegmasies. Ce n'est donc que lorsqu'on peut réunir plusieurs des signes que nous avons indiqués, qu'il est permis de prononcer sur la nature de l'affection.

C'est dans le nerf sciatique qu'on a le plus souvent observé la névrite; on l'a vue aussi avoir son siége dans le médian, dans le cubital (Martinet); il n'est aucun nerf qui en soit à l'abri. Quand elle occupe le nerf sciatique, la douleur part ordinairement de l'échancrure sciatique, quelquefois de la région lom-

baire ou du sacrum, et se fait sentir tout le long du trajet de ce nerf, à la partie postérieure de la cuisse, jusqu'au jarret ou jusqu'au pied. Continue, augmentant par la pression, par les mouvemens du membre, par la chaleur du lit, et accompagnée d'accélération du pouls, de chaleur, de soif, etc., au début et tant que la névrite est aiguë, la douleur devient intermittente, irrégulière, et se ranime surtout à l'occasion des variations de l'atmosphère, quand l'inflammation du nerf est ancienne et chronique. Le malade ne peut pas marcher, sa jambe fléchit sous lui ou lui cause de vives douleurs, ce membre devient livide et les veines se gonflent dans la station ; à la longue, il finit quelquefois par être paralysé et atrophié. Nous ne décrirons la névrite dans aucun autre cordon nerveux ; il est facile de s'en faire une idée par ce qui précède.

La névrite n'est jamais une affection grave. Ce n'est que lorsqu'elle occupe un gros tronc nerveux, comme le nerf sciatique, qu'elle peut devenir inquiétante, et encore faut-il qu'elle se prolonge beaucoup à l'état aigu pour compromettre les jours du malade. A l'état chronique, elle peut, comme nous venons de le dire, entraîner la paralysie et l'atrophie du membre.

Caractères anatomiques. On a trouvé chez les individus qui ont succombé après avoir été long-temps tourmentés par la névrite, les nerfs rouges, tuméfiés, infiltrés d'un fluide gélatineux, ramollis, indurés, etc. Bichat a vu une fois des dilatations variqueuses des veines qui pénétraient la partie supérieure du nerf sciatique. M. Van-de-Keer a observé sur ce même nerf, une injection très-prononcée, formant des plaques rondes, ovales, assez régulières, bornées au névrilème, et la pulpe nerveuse d'un gris sale et sans aucune élasticité. Dans un autre cas, ce médecin a encore vu sur le même nerf la substance nerveuse configurée en chapelet, dont les grains durs, rénitens, fibro-celluleux, étaient séparés par une pulpe mollasse, déliquescente, d'un gris tirant sur le rouge sale; le névrilème était épaissi, rouge à l'intérieur, blanc et opaque au-dehors. Enfin, il a

trouvé des nerfs gonflés, rouges, ramollis, des parties présentant des renflemens mollasses et pultacés, qui laissaient suinter une sérosité sanguinolente, et leur névrilême granulé, lamelleux, opaque, injecté (1). M. Martinet a vu les nerfs rouges, leur névrilême injecté, infiltré de sérosité limpide ou purulente, sanguinolente dans quelques cas, avec augmentation de volume du nerf induré ou ramolli (journal cité). Enfin, M. Gendrin a observé les mêmes altérations (2).

Traitement. Le traitement de la névrite aiguë doit être essentiellement antiphlogistique; il doit consister dans les saignées générales, si le sujet est fort et pléthorique, l'inflammation vive, le nerf affecté considérable, comme le sciatique par exemple, et si la réaction est intense; on doit se borner aux saignées locales pratiquées sur le trajet du nerf, dans les circonstances opposées. Il faut insister sur ces évacuations sanguines, tant qu'on en obtient quelque effet, et avoir surtout le soin de les employer pendant les exacerbations de la douleur. On en seconde efficacement l'emploi par les cataplasmes émolliens et narcotiques, faits avec la farine de graine de lin, les têtes de pavots, la belladone, la morelle, etc. La prudence conseille de s'en tenir à ces moyens externes pendant toute la période d'acuité de la névrite, d'administrer en même temps des boissons délayantes, et de soumettre le malade à une diète plus ou moins sévère suivant l'état des organes intérieurs. Quand les premiers symptômes inflammatoires sont apaisés, on peut avoir recours aux embrocations huileuses, opiacées et camphrées, et aux frictions avec le laudanum, le baume tranquille, le baume nerval. Enfin, lorsque l'affection est chronique, ou passe à cet état, on retire de grands avantages des vésicatoires volans promenés sur le trajet du nerf, des bains de vapeur, des

(1) *Recherches anatomiques et observations sur les névralgies*, par M. E. Van-de-Keer; *Journal universel des Sciences médicales*, t. XXV, p. 64 et suivantes.

(2) *Ouvrage cité*, tome II, pages 100 et suivantes.

bains d'eaux ou de boues sulfureuses, et des douches de même nature. Les bains d'eaux et de boues sulfureuses, pris aux sources et plusieurs années de suite, constituent certainement le moyen le plus efficace contre les névrites chroniques anciennes, et principalement contre celles du nerf fémoro-poplité. Enfin, on a quelquefois eu recours avec succès dans cette dernière névrite, aux cautères et aux moxas appliqués sur le trajet du nerf.

La névrite chronique, et principalement celle du nerf sciatique, résiste assez souvent à tous les moyens que nous venons d'indiquer; elle est alors à peu près incurable. On peut cependant tenter alors certains moyens empiriques, tels que les frictions avec la teinture de cantharides, les linimens volatils, l'onguent mercuriel, l'électricité, les plaques d'acier aimanté, mais il faut bien prendre garde de ne pas accroître le mal que l'on veut détruire; c'est un effet que ces moyens produisent quelquefois. Nous serions tentés de placer sur la même ligne l'usage intérieur de l'essence de térébenthine, que Chyme, Hume et M. Récamier avaient préconisé contre les névrites des membres et principalement contre celle du nerf fémoro-poplité, et que M. Martinet a rappelé à l'attention des praticiens, il y a quelques années (1). Cependant ce médicament a procuré un assez grand nombre de guérisons pour qu'on ne doive pas le répudier; nous engageons toutefois les médecins à n'y avoir recours qu'avec prudence, et à ne pas l'administrer dans la période aiguë des névrites. L'action de ce médicament ne nous paraît avoir rien de spécial; il agit probablement en produisant une révulsion sur les voies digestives, comme les purgatifs que l'on a quelquefois employés avec succès dans le même cas.

(1) *Mémoires sur l'emploi de l'huile de térébenthine dans la sciatique et quelques autres névralgies des membres;* Paris, 1824.

INFLAMMATIONS DU SYSTÈME VASCULAIRE SANGUIN.

Considérations générales.

L'organisation de ce système n'est pas uniforme dans tous les points de son étendue, comme l'est, à peu de différence près, celle de tous les points de la peau, des membranes muqueuses, séreuses, etc. Il devient donc indispensable d'y tracer des divisions pour pouvoir l'étudier avec fruit d'une manière générale : c'est ce qu'ont fait tous les anatomistes. A leur exemple, nous étudierons séparément les artères, les veines, les vaisseaux capillaires, le tissu érectile, et les ganglions vasculaires sanguins.

Le système artériel représente la forme d'un arbre, dont le tronc est au cœur, et qui se ramifie successivement à mesure qu'il s'en éloigne. Toutes les artères sont cylindriques, résistantes, élastiques, formées par trois membranes superposées, dont l'externe est celluleuse, la moyenne probablement fibreuse, et l'interne d'apparence séreuse ; elles contiennent en outre du tissu cellulaire, des vaisseaux et des nerfs ; elles sont contractiles, insensibles, et ont pour fonctions de porter le sang du cœur à toutes les parties du corps.

Les maladies des artères, qui ne sont pas produites par des causes mécaniques, reconnaissent presques toutes pour causes l'irritation ou l'inflammation, surtout de leur tunique interne. On sait qu'elles se dilatent et battent avec force, lorsque les organes auxquels elles se distribuent sont le siége d'une irritation vive, prolongée, et très-douloureuse ; par exemple, les collatérales d'un doigt affecté de panaris ; la radiale, lorsque l'articulation du poignet est enflammée ; les temporales, dans les céphalalgies violentes ; l'opisto-gastrique ou tronc cœliaque, dans les gastrites chroniques et douloureuses, etc. Leur dilatation,

il est vrai, ne dépend pas toujours de cette cause; elle est souvent produite par un obstacle au cours du sang; mais, dans ce cas, elle est un effet purement mécanique, et non une maladie d'irritation, et ne doit pas par conséquent nous occuper ici. Enfin, la plupart des anévrysmes, et peut-être tous ceux qui ne sont pas produits par les causes mécaniques, sont le résultat de l'ulcération de la membrane interne des artères, et par conséquent de son irritation. Nous indiquerons les causes, les symptômes et les caractères anatomiques de cette inflammation, lorsque nous en ferons l'histoire particulière.

Affectant la même disposition arborisée que les artères, les veines sont également formées par trois couches membraneuses d'une nature analogue aux tuniques artérielles; mais plus lâches, plus molles, moins résistantes, moins élastiques, contenant plus de tissu cellulaire, moins de nerfs, et à peu près la même quantité de vaisseaux. Leur usage est de ramener au cœur le sang de toutes les parties du corps: elles sont insensibles.

L'inflammation des veines est plus fréquente que celle des artères; elle est ordinairement produite par des lésions mécaniques; elle occupe presque toujours une assez grande étendue; nous avons déjà fait remarquer qu'elle ne fait en général de progrès qu'en se dirigeant vers le cœur.

Les veines s'ulcèrent et suppurent plus souvent que les artères, mais elles paraissent se réunir plus difficilement: quelquefois cependant elles s'oblitèrent par l'effet de l'inflammation, et si l'obturation porte sur un gros tronc veineux, et que la circulation ne puisse pas bien se faire par les anastomoses, l'hydropisie de toute la partie située au-dessous en est la suite très-fréquente; c'est au défaut d'absorption veineuse qu'est due cette infiltration. On observe rarement dans les veines les transformations cartilagineuses, et les dépôts de matière pultacée, que nous avons dit se présenter quelquefois dans les parois

des artères. Nous n'y avons jamais rencontré la transformation osseuse.

Entre les artères et les veines existe le système capillaire ; il est formé par les premières radicules de celle-ci et les dernières ramifications de celles-là. D'une ténuité telle, qu'ils ne peuvent être aperçus qu'à l'aide du microscope, les vaisseaux capillaires dérobent leur organisation et leur texture aux investigations de l'observateur. On suppose, avec quelque apparence de raison, qu'ils sont formés par la membrane interne des gros vaisseaux, laquelle, des artères, se continuerait jusqu'aux veines sans interruption. Les ramifications et les anastomoses y sont infinies. Ils sont très-extensibles et très-contractiles, et le sang qui les parcourt est en partie soumis et en partie soustrait à l'influence du cœur, et obéit surtout à l'action nerveuse plus que dans toute autre partie du cercle circulatoire. On dit que c'est en eux que se passent les phénomènes de nutrition, de sécrétion, d'exhalation et d'absorption. Peut-être ne font-ils que réduire le sang à l'état moléculaire dans tous les tissus, par l'effet de leur extrême ténuité, et qu'alors ce liquide, ou plutôt ces molécules sanguines, obéissant aux lois physiques et chimiques, entrent dans de nouvelles combinaisons, et forment de nouveaux produits, d'où résultent les phénomènes que nous venons de citer.

On lit dans la plupart des auteurs, que plus un tissu contient de vaisseaux capillaires sanguins, et plus fréquemment il est affecté d'inflammation. Cette manière d'exprimer un fait vrai pourrait en donner des idées fausses qu'il importe de rectifier. Ce n'est pas seulement parce que certains tissus contiennent beaucoup de vaisseaux capillaires sanguins, qu'ils sont plus souvent atteints par l'inflammation ; mais c'est qu'en même temps ce sont ceux dont l'organisation est la plus compliquée, ce sont les plus irritables, ils sont chargés des plus nombreuses et des plus importantes fonctions, et enfin soumis

au plus grand nombre de causes d'excitations, telles sont les membranes muqueuses et la peau. Pourquoi s'en prendre à l'une de ces conditions plutôt qu'à une autre, de la grande fréquence de l'inflammation dans ces tissus? Ce qui en a imposé peut-être, c'est qu'en raison de ce grand nombre de vaisseaux, et de la texture lâche de ces tissus qui permet l'abord plus facile du sang, les caractères de l'inflammation y sont plus prononcés qu'ailleurs; mais cela n'influe évidemment que sur l'aspect de cet état morbide, et non sur sa plus ou moins grande fréquence, du moins d'une manière absolue.

Il est peu de maladies que l'on puisse dire propres à ces vaisseaux. Divisés dans les plaies, rompus ou déchirés dans la contusion et l'ecchymose, dilatés par le sang dans l'inflammation, et lorsque le cours de ce liquide est interrompu dans un tronc artériel ou veineux, ce n'est, dans aucune de ces circonstances, leur lésion qui constitue la maladie, mais bien celle du tissu divisé, rompu, déchiré, contus, enflammé ou engorgé. Les seules affections qui aient leur siége réel, et en quelque sorte exclusif, dans le système capillaire sanguin, sont les *tumeurs érectiles* et le *fongus hématode*. (Voyez *Dilatations*.)

« Le tissu érectile consiste en des terminaisons de vaisseaux sanguins, en des racines de veines surtout, qui, au lieu d'avoir la ténuité capillaire, ont plus d'ampleur, sont très-extensibles et réunies à beaucoup de filets nerveux. » (Béclard, *Élémens d'anatomie générale*.) Ce n'est évidemment qu'une variété du système capillaire : on l'observe dans les corps caverneux du pénis et du clitoris, les corps spongieux de l'urèthre, les nymphes, le mamelon, et les papilles de la peau et des membranes muqueuses. Il est très-sensible, et se gonfle, s'érige aussitôt qu'il est excité.

L'inflammation attaque quelquefois le corps caverneux de la verge, du clitoris, les corps spongieux de l'urèthre, les nymphes et le mamelon, sans intéresser les parties environnantes.

La douleur et le gonflement sont toujours très-considérables dans ces phlegmasies, et celle de la verge est souvent suivie de gangrène. Lorsqu'elles se prolongent, elles prennent fréquemment le caractère de la désorganisation cancéreuse : le corps caverneux de la verge est quelquefois le siége d'un anévrisme. Nous ne consacrerons pas un article séparé à chacune de ces phlegmasies, nous n'aurions rien à ajouter à ce que nous venons d'en dire. Enfin, le clitoris et les nymphes sont susceptibles d'acquérir un accroissement considérable par l'effet d'une irritation nutritive.

On comprend sous le nom de ganglions vasculaires, la thyroïde, le thymus, les capsules surrénales, et la rate. Du tissu cellulaire, des vaisseaux lymphatiques et des nerfs, mais surtout des vaisseaux sanguins réunis en masses considérables, et renfermés dans une enveloppe qui envoie des prolongemens à l'intérieur, telle est l'organisation de ces ganglions. Il est remarquable que les fonctions d'aucun d'eux ne sont encore bien connues. On suppose qu'ils font subir une élaboration *inconnue* aux substances absorbées, et, avec plus de fondement peut-être, qu'ils sont autant de diverticules du sang. Nous verrons que la même obscurité qui règne sur le rôle fonctionnel de ces organes s'étend sur leurs maladies : c'est un argument de plus contre la médecine empirique.

Le thymus et les capsules surrénales disparaissant après la naissance, on ne connaît que les affections de la thyroïde et de la rate. Ces deux organes sont susceptibles d'inflammation, mais ils sont surtout exposés à des engorgemens purement mécaniques, dont nous essaierons d'expliquer la formation.

De l'artérite.

L'inflammation des artères des membres, assez bien connue sous le rapport anatomique, ne l'est pas aussi bien sous le rap-

port des causes et des symptômes. Ce n'est pas que cette maladie soit trop rare pour être facilement observée ; elle est, au contraire, plus fréquente qu'on ne le croit communément; mais il arrive assez souvent qu'on en observe les effets sans les rapporter à leur véritable cause. C'est ainsi que l'on a fait une maladie particulière de l'un de ses effets les plus fâcheux et peut-être le plus ordinaire, et qu'on l'a décrit à part sous le nom de *gangrène sénile*.

La gangrène dite *sénile* très-improprement, puisqu'elle attaque tous les âges, est très-souvent, en effet, le résultat, le symptôme d'une artérite. Les preuves de cette vérité sont aujourd'hui nombreuses. 1° On trouve presque constamment des traces d'inflammation dans les artères des membres qui ont été frappés de l'espèce de gangrène à laquelle on a donné le nom de sénile ; 2° les causes qui produisent cette gangrène sont toujours des substances propres à donner au sang des qualités irritantes, telles que l'abus des liqueurs spiritueuses, les mets trop excitans, etc. ; 3° des expériences intéressantes de M. Cruveilhier ont appris que l'injection d'une substance irritante dans les artères des membres d'un animal déterminait l'inflammation de la tunique interne de ces artères, et la gangrène des parties auxquelles elles se distribuent (1) ; 4° cette gangrène est toujours précédée de douleurs locales plus ou moins fortes, et elle est souvent accompagnée de symptômes généraux de réaction qui annoncent un travail morbide actif; 5° enfin le traitement anti-phlogistique est celui qui produit les meilleurs effets.

Mais, dira-t-on, les artères sont souvent enflammées sans qu'il s'ensuive de gangrène ; cela ne prouve rien autre chose, si ce n'est que la gangrène n'est pas un effet nécessaire de l'artérite, ce que nous sommes loin de contester. On a vu des membres frappés de la gangrène dite *sénile*, ajoutera-t-on,

(1) Nouvelle Bibliothèque médicale, octobre 1826.

sans qu'à la dissection on ait trouvé la moindre trace d'inflammation dans aucune artère. Nous avons eu nous-mêmes l'occasion de constater ce fait ; mais, comme le précédent, c'est un fait négatif qui prouve seulement que la gangrène dont il s'agit peut être produite par d'autres causes que l'inflammation des artères. Ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, les pathologistes ont confondu sous une dénomination commune des affections de nature différente. Sous le nom de gangrène sénile, ils ont compris toutes les gangrènes spontanées dont les causes leur échappaient, et, ne connaissant pas la nature de ces gangrènes, ils l'ont supposée la même dans tous les cas, parce qu'elles leur ont paru semblables. Enfin, on nous objectera que l'on trouve fréquemment les artères obstruées dans les membres atteints de gangrène sénile, et qu'il est plus naturel d'attribuer cette mort partielle à la privation de sang qu'à l'inflammation de l'artère. Mais, d'une part, cette oblitération des artères est elle-même un des effets de leur inflammation, car on la voit produite par des concrétions fibrineuses plus ou moins denses, disposées par couches concentriques et successives dans l'intérieur de l'artère, par une sorte de bouillie noirâtre et adhérente à ses parois, etc ; et en même temps on remarque des traces de phlegmasie dans la tunique interne, telles que sa rougeur, sa friabilité, son décollement d'après la tunique moyenne, etc. En second lieu, la phlegmasie existe quelquefois sans l'oblitération, il reste au centre des couches lamelleuses de fibrine qui tapissent l'artère enflammée, un canal assez considérable pour permettre le passage à une quantité de sang suffisante pour conserver la vie dans le membre, et cependant la gangrène n'en est pas moins produite. M. Léveillé en a communiqué verbalement une observation très-curieuse à l'Académie royale de médecine (séance du 9 octobre 1827). Enfin on oblitère fréquemment les artères par la ligature, et il est assez rare de

voir la gangrène en être la suite. L'oblitération des artères n'est donc pas la cause principale de la gangrène des membres, et sans nier son influence fréquente et incontestable dans ce résultat, nous pensons que l'inflammation y a une part plus puissante, plus directe et plus nécessaire.

En résumé, et pour qu'on ne donne pas à notre opinion plus d'extension que nous ne le faisons nous-mêmes, nous disons que l'artérite produit assez souvent la gangrène des parties auxquelles l'artère enflammée se distribue, et que parmi les gangrènes séniles des auteurs, il en est un grand nombre qui reconnaissent pour cause cette inflammation. Nous sommes donc loin de prétendre que toutes les artérites des membres soient des causes de gangrène, et encore moins que toutes les gangrènes soient dues à cette phlegmasie.

Causes. L'artérite se développe le plus ordinairement sous l'influence de causes locales, telles que des coups, des chutes, les exercices violens, les grandes opérations, et principalement les amputations des membres, les ligatures, et enfin l'inflammation des parties contiguës. Entre ces causes et l'effet le rapport est trop évident pour qu'il soit besoin de chercher à le démontrer; mais l'artérite résulte quelquefois de causes plus éloignées, et dont la manière d'agir est moins palpable. Ainsi, il paraît qu'elle peut être produite par l'usage d'alimens trop excitans et par l'abus des alcooliques. Pott et Jeanroy ont décrit, sous le nom de *gangrène des gens riches*, une affection qui n'est autre chose qu'une artérite, et ils ont remarqué qu'elle n'attaquait, parmi les riches, que ceux qui mangeaient et buvaient beaucoup, d'où ils ont conclu qu'elle était l'effet de ce régime vicieux. Cette étiologie nous paraît fondée. On conçoit, en effet, qu'une pareille alimentation et l'abus des spiritueux puissent donner au sang des qualités trop irritantes, et que l'inflammation de quelques artères en soit le résultat. Nous pensons que le seigle ergoté agit de la même manière,

car les gangrènes des extrémités, dont son usage est souvent suivi, offrent les mêmes symptômes que les gangrènes à la suite desquelles on a trouvé les artères enflammées. La remarque faite par tous les médecins qui ont observé les effets de l'ergot, que les membres gangrénés se détachent sans qu'il y ait d'hémorrhagie, vient encore à l'appui de cette opinion (Voyez *ergotisme*). Enfin nous pensons que les miasmes qui produisent la *peste* et la *fièvre jaune* (Voyez *gastro-entérite*) enflamment souvent aussi les artères, et que c'est à ce mode d'action sur ces organes que sont dues les gangrènes que l'on observe quelquefois dans ces maladies.

Symptômes, marche, etc. Les symptômes de l'artérite sont, en général, assez obscurs. Des douleurs profondes dans un membre, de l'engourdissement, de la pesanteur, de la difficulté dans les mouvemens, l'élargissement et l'augmentation de l'énergie des battemens de l'artère, peuvent bien faire soupçonner que celle-ci est enflammée; mais il faut convenir que ces symptômes sont loin d'être pathognomiques. Cependant quand ils persistent, il faut s'en défier, et c'est ici le cas de préférer une médication même superflue à une inaction qui pourrait être dangereuse. Remarquons toutefois que ces symptômes ne sont obscurs que lorsqu'ils se développent spontanément, car lorsqu'ils succèdent à la contusion violente de la partie, à une opération, etc., la connaissance de la cause éclaire le diagnostic.

Les symptômes de l'artérite produite par une cause interne ne sont, en général, guère plus évidens au début; ce n'est que par la suite qu'ils deviennent un peu plus clairs. Voici quelle est le plus communément leur succession : d'abord des pesanteurs, de l'engourdissement ou une sensation de froid, se manifestent dans la partie; plus fréquemment, ce sont des douleurs très-vives qui s'y font sentir; elles occupent, par exemple, le pied dans son articulation avec la jambe, dans l'artérite des

membres abdominaux, celle qui est la plus commune; quelquefois le membre est frappé de paralysie plus ou moins complète, et tantôt il est décoloré et sans gonflement; tantôt il est bleuâtre et tuméfié. Des symptômes généraux, tels que l'agitation, l'insomnie, les vertiges, la rougeur de la face, des oppressions, l'accélération et la plénitude du pouls, la chaleur de la peau et la perte d'appétit, ouvrent la scène et accompagnent les symptômes locaux que nous avons précédemment énumérés; d'autres fois, au contraire, ils consistent dans l'accablement, l'apathie, la diminution de toutes les sensations et la lenteur de la circulation.

Après une durée plus ou moins longue de ces symptômes, durée qui varie depuis un jour jusqu'à plusieurs mois, la gangrène se manifeste. Elle commence ordinairement par une tache noire ou bleuâtre, circonscrite, ayant son siége sur l'un des orteils, par exemple, et autour de laquelle l'épiderme se détache et laisse voir au-dessous de lui la peau d'une couleur rouge foncée; quelquefois elle s'annonce par un léger gonflement de l'épiderme : il se forme çà et là des escharres isolées qui ne tardent pas à se confondre; enfin, dans quelques cas, elle frappe en même temps toute l'épaisseur du membre jusqu'à une plus ou moins grande hauteur, et fait des progrès d'une rapidité effrayante; mais quelle que soit sa marche au début, le caractère pricipal de cette gangrène est de ne pas être précédée d'un état inflammatoire appréciable de la peau, ou bien de ne l'être que d'une inflammation trop faible pour en expliquer le développement. Aussi arrive-t-il très-fréquemment que les malades s'endorment dans une fausse sécurité sur les premiers symptômes, et prennent pour des contusions, par exemple, les premières taches noires qui se manifestent; mais le médecin ne partagera pas cette illusion, et aussitôt qu'il apercevra les symptômes indiqués, il soupçonnera l'existence d'une inflammation artérielle qui peut avoir les suites les plus graves. La

gangrène, en effet, ne tarde pas à faire des progrès plus ou moins rapides; elle envahit d'abord les orteils, puis s'étend à la face dorsale du pied, pénètre toute l'épaisseur de cette partie, se propage quelquefois jusqu'à l'articulation du pied avec la jambe, et s'étend même parfois à toute la jambe et à la cuisse.

Les parties que la gangrène a frappées se présentent sous deux aspects différens : tantôt elles sont noires, sèches, dures, racornies et sans odeur, et tantôt elles sont molles, grisâtres, gonflées et très-fétides. Si la mortification est très-bornée, les symptômes restent locaux; lorsqu'elle est très-étendue, au contraire, le pouls s'accélère, il est petit, intermittent; la peau est sèche et brûlante, la soif vive; du délire se manifeste; il survient des soubresauts dans les tendons; puis tous ces symptômes de réaction ne tardent pas à disparaître pour faire place à la stupeur, l'insensibilité générale, la faiblesse du pouls, promptement suivies de la mort de l'individu. Cependant quand la gangrène s'arrête, quelque étendue qu'elle ait envahie sur un membre, la terminaison n'est pas aussi funeste. Un cercle inflammatoire s'établit dans les parties saines qui sont contiguës à celles qui sont frappées de mort; celles-ci se détachent et tombent spontanément et, chose remarquable, sans qu'aucune hémorrhagie en soit la suite, ou bien elles sont séparées des premières par le chirurgien. Dans les deux cas, il en résulte des plaies qui guérissent facilement s'il reste assez de parties molles pour recouvrir les os mis à nu. La guérison en est, au contraire, retardée, si des portions osseuses ne peuvent être recouvertes par les chairs; il faut, pour qu'elle puisse avoir lieu, que l'on commence par opérer la résection desos dénudés.

Le pronostic de l'artérite des membres est peu grave tant qu'une seule artère est enflammée, et qu'elle ne produit pas de gangrène; lorsqu'au contraire plusieurs artères sont atteintes

par l'inflammation, les suites peuvent en être dangereuses, alors même qu'il n'existe pas de gangrène. Quelques auteurs pensent que la *fièvre inflammatoire* dépend de cette phlegmasie (Franck, Pinel, Bouillaud). Enfin, quand la gangrène en est la suite, le pronostic varie suivant que cette gangrène est bornée ou étendue, qu'elle s'arrête ou continue ses ravages, et suivant l'âge et la constitution des individus qui en sont atteints.

Caractères anatomiques. En examinant sur les cadavres les artères enflammées, on trouve la tunique interne rouge, gonflée, ramollie, ayant perdu son poli, se détachant facilement de la membrane moyenne et tapissée par une exhalation couenneuse ou puriforme, ou bien épaissie, indurée, couverte de rugosités, de plaques cartilagineuses, fibro-cartilagineuses ou osseuses, formées à ses dépens. On rencontre quelquefois des petits abcès développés dans l'épaisseur des tuniques artérielles ; enfin on les trouve quelquefois complètement ossifiées ou oblitérées plus ou moins complètement par une sorte de bouillie noirâtre, épaisse, par des concrétions fibrineuses plus ou moins dures, et enfin par des lames fibrineuses concentriques qui adhèrent plus ou moins fortement à la tunique interne.

Traitement. Le traitement de l'artérite doit être entièrement anti-phlogistique : les saignées générales abondantes et répétées et les boissons aqueuses en doivent former la base; l'opium à l'intérieur quand les douleurs sont très-vives, et les topiques émolliens et narcotiques sur les parties douloureuses, achèvent à peu près de le compléter. On emploierait probablement avec avantage les applications de sangsues sur le trajet de l'artère enflammée; mais la difficulté de diagnostiquer cette lésion s'opposera long-temps encore à ce qu'on ait recours à ce moyen.

La gangrène des parties auxquelles se distribue l'artère enflammée est loin de contre-indiquer cette médication. Long-temps on a cru devoir la combattre par le quinquina, le cam-

phre, le sel ammoniac et tous les anti-septiques connus; l'ignorance dans laquelle on était sur sa véritable cause ne permettait pas de penser à recourir à d'autres moyens. M. Dupuytren, fatigué de les avoir inutilement tous essayés chez une femme atteinte de cette maladie, dont le pouls était plein et dur, et le visage rouge et animé, se décida à lui faire pratiquer une saignée de deux palettes; le succès fut la récompense de cette heureuse inspiration : les vives douleurs dont la malade était tourmentée se suspendirent; le sommeil dont elle était privée se rétablit, et la gangrène s'arrêta. Quinze jours plus tard, les accidens semblèrent vouloir se reproduire, le même moyen les fit encore cesser; enfin la gangrène menaça de reparaître plusieurs fois, et chaque fois la saignée en empêcha le développement. Au bout de quelque tems, la malade était complètement guérie. Il ne faudrait donc pas balancer à imiter la conduite de ce savant professeur en pareil cas, et surtout lorsque l'artérite, bien que produisant la gangrène, sera accompagnée de vives douleurs, d'une grande tuméfaction, de plénitude et de dureté dans le pouls, et de coloration marquée du visage. Cette médication toute rationnelle a d'ailleurs reçu la sanction de l'expérience; plusieurs faits du genre de celui que nous avons rapporté se sont présentés depuis à M. Dupuytren, et le même traitement a été suivi du même succès. Nous espérons bien que l'on ne concluera pas de ce qui précède qu'il faut traiter toutes les gangrènes spontanées par les anti-phlogistiques; qu'on se reporte à nos considérations générales sur l'artérite.

Lorsque, par l'emploi de ces moyens, on sera parvenu à borner la gangrène, il faudra s'occuper de faciliter la chute des eschares. Les topiques et les pansemens auxquels il faut avoir recours pour obtenir ces résultats seront indiqués quand nous traiterons des gangrènes en général (Voyez *gangrène*).

De l'aortite.

On connaît mieux l'inflammation de l'aorte que celle des autres artères. La science possède surtout un grand nombre de faits d'anatomie pathologique sur cette phlegmasie, et c'est principalement sur l'aorte qu'ont été observées les altérations de tissu que nous avons indiquées comme les caractères anatomiques de l'inflammation de ces vaisseaux en général : nous ne les exposerons donc pas une seconde fois. L'aortite reconnaît les mêmes causes que la phlegmasie des autres artères ; mais on la rencontre souvent sur les cadavres, sans qu'aucune de ces causes ait existé : cela s'observe surtout à la suite des gastro-entérites très-intenses, et dans les cas d'*hypertrophie* du ventricule gauche. Ne pourrait-on pas se rendre raison du développement de cette inflammation par l'effet des gastro-entérites violentes, en admettant que la forte irritation que le cœur éprouve dans ces phlegmasies se communique à l'aorte, et y prend le caractère inflammatoire ? N'est-ce pas même à cette circonstance que certaines gastro-entérites doivent l'opiniâtreté avec laquelle elles résistent aux moyens antiphlogistiques les plus puissans ? Quelques faits que nous avons observés à l'Hôtel-Dieu tendent à nous le faire croire, et la lecture de l'ouvrage de MM. Bertin et Bouillaud nous a fortifiés dans cette opinion (1). Ces deux médecins pensent que la violence avec laquelle le cœur hypertrophié lance le sang dans l'aorte, peut être regardée comme la cause de l'aortite dans quelques cas ; cela est probable, mais on ne pourra jamais en acquérir la preuve. Cette inflammation n'est pas toujours bornée à l'aorte ;

(1) *Voyez* l'ouvrage publié par ces deux habiles observateurs, sous le titre de *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux*, par R.-J. Bertin, professeur, etc., rédigé par J. Bouillaud, docteur en médecine. Paris, 1824 ; in-8°, fig. ; chez J.-B. Baillière.

elle s'étend le plus ordinairement à la membrane interne du cœur, quelquefois à l'artère pulmonaire et à ses ramifications, et même aux veines caves et pulmonaires; ce qui prouve de plus en plus que l'inflammation commence ordinairement par la membrane interne du cœur, d'où elle s'étend aux gros vaisseaux, et qu'elle est l'effet sympathique de l'inflammation d'un organe éloigné.

Il est rare que l'on parvienne à diagnostiquer l'aortite. La principale difficulté vient de ce qu'elle existe rarement isolée, et que ses symptômes, déjà fort obscurs, sont masqués par ceux de l'affection qu'elle complique. Le seul signe qui puisse la faire connaître consiste dans des pulsations plus fortes que dans l'état normal : elles se font sentir vers l'échancrure du sternum pour l'aorte thoracique, et à l'abdomen pour l'aorte abdominale; elles sont simples, ce qui les distingue des battemens du cœur; en général, elles sont moins fortes que celles de la dilatation ou anévrisme de l'aorte; enfin, elles sont moins étendues.

L'inflammation de l'aorte est susceptible de guérison. MM. Bertin et Bouillaud en rapportent deux exemples (1). Son traitement ne diffère pas de celui des autres phlegmasies; les saignées générales et locales, la diète et les boissons délayantes en font la base : le repos est de nécessité absolue; on emploie avec succès la digitale, dont on augmente graduellement la dose.

De la phlébite.

La phlébite, ou l'inflammation des veines, est beaucoup plus fréquente que celle des artères, et comme en même temps elle attaque souvent les veines des membres, et que ces vaisseaux

(1) *Ouvrage cité*, pages 76 et suivantes.

sont en général superficiels, on a pu l'observer avec soin, et en tracer l'histoire assez complète (1).

Causes. La phlébite est, ainsi que nous l'avons déjà dit ailleurs, un des accidens fréquens de la saignée : cette opération en est la cause la plus commune ; mais la contusion des veines, les déchiremens de leurs parois, les compressions, les ligatures, et l'injection de substances irritantes dans leur cavité, la produisent aussi quelquefois. L'état variqueux de ces vaisseaux les prédispose à l'inflammation ; ils s'enflamment aussi par l'excision des varices, par le contact de parties enflammées, ulcérées et suppurées autour d'elles, et principalement lorsque ces parties viennent à être atteintes par la *pourriture d'hôpital*. (Voyez cette maladie.) Quelquefois la plébite accompagne la phlegmasie des artères ; plusieurs médecins l'ont observée dans le tétanos ; enfin elle se développe dans quelques cas sans que les causes en soient appréciables.

Symptômes, marche et *durée.* Une douleur se développe dans le trajet de la veine, en commençant par le point qui a été immédiatement soumis à l'action de la cause ; elle devient tensive, et augmente par le toucher ; le tissu cellulaire voisin se gonfle et s'enflamme, et le membre entier participe quelquefois à l'état inflammatoire. Lorsque le vaisseau enflammé est superficiel, la peau rougit, devient sensible et rénitente tout le long de son trajet ; les autres veines sous-cutanées se dessinent parfois aussi à l'extérieur par un réseau rouge. Dans quelques cas, si l'on pousse le sang vers le cœur par des frictions, on voit la colonne de liquide faire un léger mouvement rétrograde au moment où l'on cesse de frictionner. La veine enflammée forme plus tard une corde noueuse, roulant sous le doigt, ten-

(1) Voyez *Traité des maladies des artères et des veines*, par Hogdson, traduit par M. Breschet ; et l'excellent article que MM. Breschet et Villermé ont consacré à cette maladie dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, tome XLI.

due dans la direction du vaisseau, et qui borne les mouvemens du membre dans certains sens; quelquefois il se développe des abcès le long du trajet de la veine, et un érysipèle superficiel envahit tout le membre. Nous avons dit que l'inflammation se propageait presque toujours dans la direction du cœur; la douleur que provoque la pression se fait également sentir dans cette direction.

Lorsque la plébite succède à la saignée, un picotement, qui devient bientôt douloureux, commence d'abord à se faire sentir dans la piqûre, quelques heures après l'opération. Cette douleur ne tarde pas à augmenter et à s'étendre; la petite plaie devient béante, puis ses bords se durcissent; il s'en échappe du sang altéré, de la sanie, et enfin du pus. Les parties environnantes se gonflent et quelquefois s'enflamment, puis tout diminue ordinairement vers le sixième ou huitième jour.

On connaît peu les phénomènes sympathiques que provoque l'inflammation des veines lorsqu'elle est intense; cependant les auteurs s'accordent assez à ranger au nombre de ces phénomènes la fréquence et la dureté du pouls, la rougeur de la face, la céphalalgie, et quelquefois le délire; mais quelques médecins disent avoir observé des symptômes ayant la plus grande analogie avec ceux du *typhus*. (Voyez *Gastro-entérite*.) Il est probable que cette phlegmasie provoque, comme celles de la peau, du tissu cellulaire, etc., les sympathies de l'estomac, du cœur et de l'encéphale.

Terminaisons et *pronostic*. La phlébite se termine par résolution lorsqu'elle est peu étendue, et la veine reprend ses fonctions; mais ce cas est rare, et la suppuration en est la terminaison la plus ordinaire. Quelquefois les parois de la veine enflammée contractent des adhérences entre elles, ou bien le pus qui la remplit se concrète; dans l'un et l'autre cas elle s'oblitère, et si l'oblitération porte sur le tronc principal d'un membre ou d'une partie quelconque, ce membre ou cette partie

s'infiltrent par le défaut d'absorption veineuse, et deviennent le siége d'une hydropisie en quelque sorte mécanique (1). Les veines s'altèrent quelquefois et finissent même par se perforer, et une hémorrhagie mortelle en est quelquefois la suite; elles ne se gangrènent jamais, lors même que toutes les parties qui les environnent sont elles-mêmes frappées de gangrène, et on les trouve ordinairement intactes, ainsi que les artères et les nerfs, au milieu des sphacèles les plus profonds. La plébite spontanée est souvent mortelle, à moins qu'elle ne soit peu étendue; elle est au contraire, en général, légère lorsqu'elle est produite par une cause extérieure et locale.

Caractères anatomiques. La dissection des veines enflammées les montre avec les altérations suivantes : rougeur de la tunique interne, épaisissement, perte de la densité, aspect fongueux, décollement facile d'avec la tunique moyenne; injection, gonflement, infiltration sanguine et quelquefois purulente de la tunique externe; épaissisement et accroissement de densité de la tunique moyenne ; conversion de toute la veine en un cordon d'un rouge foncé; pus, couche de lymphe coagulée, lamelles concentriques de fibrine, caillots plus ou moins denses et adhérens dans l'intérieur de la veine, qui est quelquefois complètement oblitérée. Lorsque l'inflammation est chronique, on trouve toutes les parois de la veine épaissies, résistantes, plus denses que dans l'état ordinaire; la tunique interne est rugueuse, inégale, et se détache facilement de la moyenne; elle est d'un violet rougeâtre; du pus, des fausses membranes ou des caillots remplissent la veine, qui est tantôt dilatée et tantôt rétrécie. Il est à remarquer que l'ossification ne se rencontre pas dans les veines. Les varices sont souvent un effet de leur inflammation. (Voyez *Varices*.)

(1) *De l'oblitération des veines, regardée comme cause d'hydropisie*, par M. Bouillaud; *Archives générales de médecine*, tome II, page 188, et t. V, page 94.

Traitement. La phlébite, bornée à une petite étendue, cède presque toujours assez promptement aux topiques froids dès le début; et lorsqu'elle est plus avancée, aux fomentations émollientes et narcotiques, aux cataplasmes de même nature, aux bains locaux très-prolongés, enfin à l'application de quelques sangsues sur le trajet de la veine, dans les cas où l'inflammation a quelque intensité. J. Hunter a employé avec succès la compression au-dessus de l'endroit enflammé : cette pratique est rationnelle, puisque l'inflammation des veines se propage presque constamment dans la direction du cœur. M. B. Travers la regarde comme inutile, en raison de la difficulté avec laquelle s'établissent les adhérences entre les parois de ces vaisseaux : cette objection nous semble porter à faux. En effet, si les parois veineuses contractent rarement des adhérences, c'est parce que le cours continuel du sang enlève sans cesse le pus ou la lymphe concrescible qui résultent du travail inflammatoire, et qui sont les élémens nécessaires de l'adhésion; mais lorsque la veine est comprimée, le cours du sang y est interrompu, les matériaux qui doivent former l'adhérence séjournent, et peuvent par conséquent s'organiser. Mais cette compression est-elle toujours un moyen sûr d'empêcher l'inflammation de s'étendre? Il est permis d'en douter, et lorsque la veine est facile à atteindre par les instrumens, et trop peu considérable pour produire une hémorrhagie inquiétante, il serait peut-être préférable d'en opérer la section complète au-dessus de l'inflammation, ainsi que le proposent MM. Breschet et Villermé (1).

Lorsque la phlébite est très-intense, et qu'elle provoque des sympathies, lorsque surtout elle s'est développée spontanément, il faut avoir recours à un traitement antiphlogistique plus énergique que celui que nous venons d'exposer. Les saignées géné-

(1) *Dictionnaire et article cités.*

rales surtout doivent être employées avec persévérance ; une diète absolue est indispensable ; les boissons aqueuses abondantes et les bains sont éminemment utiles.

Enfin, il se forme quelquefois des abcès le long des veines enflammées : il faut procéder immédiatement à leur ouverture.

De la thyroïdite.

Nous nommons ainsi l'inflammation du corps thyroïde. Elle est toujours chronique, et désignée généralement par le nom de *goître ;* quelques auteurs l'ont aussi appelée *thyrocèle*, *bronchocèle*, *trachéocèle*, *gongrona*, *hypertrophie du corps thyroïde*, etc. Cette maladie est-elle réellement de nature inflammatoire, comme nous le supposons ? Un coup d'œil rapide sur ses caractères anatomiques va répondre à cette question.

Caractères anatomiques. On trouve quelquefois le corps thyroïde augmenté de volume, plus consistant, plus foncé en couleur ; le liquide visqueux et comme oléagineux qu'il renferme naturellement, plus abondant ; et ses lobes bosselés, inégaux et séparés par des intervalles profonds. D'autres fois, il est fortement injecté de sang, ou bien il en renferme un ou plusieurs caillots dans sa substance. Dans quelques cas, on le rencontre converti en un ou plusieurs kystes purulens ; dans d'autres, transformé en une substance lardacée, ou fibreuse, ou fibro-cartilagineuse, ou osseuse ; enfin, on l'a vu parsemé de petites concrétions pierreuses, et quelquefois rempli d'hydatides globulaires. Toutes ces altérations se présentent dans les autres tissus, toujours sous l'influence de l'irritation, et le plus ordinairement sous celle de l'irrritation inflammatoire. Il en doit donc être de même dans la thyroïde, et si elles se développent le plus ordinairement sans douleur ni chaleur locales, c'est parce que ce ganglion vasculaire est presque insensible, et qu'en outre elles commencent souvent par un en-

gorgement purement passif de la partie, dont nous rechercherons bientôt le mécanisme. La diversité de ces altérations tient sans doute, comme dans tous les tissus, à la différence d'ancienneté de la maladie lorsque l'on vient à examiner la partie, et à la plus ou moins grande lenteur avec laquelle l'inflammation a suivi sa marche. On pourrait peut-être soutenir, avec quelque apparence de raison, que la première altération que nous avons décrite, celle qui consiste dans la seule augmentation de volume, de consistance et de coloration du corps thyroïde, n'indique qu'une *irritation nutritive* ou l'*hypertrophie* de ce corps. Mais l'impossibilité de reconnaître cette altération pendant la vie rendra probablement cette distinction pour toujours inutile. Quant à la transformation osseuse, depuis l'intéressant mémoire inséré dans les *Archives générales de médecine*, par M. Rayer (1), il n'est plus permis de douter qu'elle ne soit un des effets de l'irritation.

Causes. Les causes de la thyroïdite sont assez mal connues. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes; elle commence ordinairement dès l'enfance, elle se transmet par voie d'hérédité. M. Ferrus cite à ce sujet le fait curieux (2) d'un enfant né avec un goître d'une mère affectée de cette maladie. On sait que ces individus rabougris, connus sous le nom de *crétins*, portent tous une énorme tumeur goîtreuse; elle est endémique dans certaines contrées, telles que les vallées profondes et brumeuses des Alpes, des Pyrénées, des Cévennes, des Vosges, des Cordillières. Quelques auteurs en accusent les eaux crues, séléniteuses, calcaires, de ces vallées, ou l'usage de l'eau provenant de la fonte des neiges; mais d'autres médecins font observer, avec raison, que la thyroïdite se développe souvent dans des pays où n'existe aucune de ces circonstances. On

(1) *Mémoires sur l'ossification morbide, considérée comme une terminaison des phlegmasies*, tome 1er, page 313 et 489.

(2) *Dictionnaire de médecine*, en 18 volumes, article *Goître*.

est assez généralement d'accord, cependant, pour regarder l'humidité comme une de ses causes prédisposantes. Enfin, elle est fréquemment produite par les efforts et les cris, et souvent son développement date, chez les femmes, de leur premier accouchement. Nous avons vu trop manifestement, dans deux ou trois occasions, le corps thyroïde se gonfler d'une manière très-sensible pendant les douleurs de l'enfantement, pour ne pas admettre cette étiologie.

Essayons d'expliquer l'action de ce dernier ordre de causes. Voici comment nous nous en rendons raison. Pendant les efforts et les cris, la respiration est en partie suspendue; il en résulte que le sang stagne en partie dans les cavités droites du cœur, et de proche en proche, dans la veine cave supérieure, les sous-clavières, et les jugulaires; et comme le ventricule gauche chasse toujours le sang avec la même force dans les artères carotides, il se forme une congestion dans toute la tête, comme le prouvent la rougeur vive de la face et les apoplexies qui, comme on le sait, surviennent souvent dans cette circonstance. Or, cette congestion du sang a nécessairement lieu en même temps dans le corps thyroïde; d'une part, parce que ce liquide éprouve de la difficulté à se décharger par les veines thyroïdiennes supérieures et moyennes, dans la jugulaire interne, la sous-clavière gauche et la veine cave supérieure; et de l'autre, parce que la carotide externe en pousse toujours dans l'organe par l'artère thyroïdienne supérieure. En un mot, la congestion s'opère dans toutes les parties du cou et de la tête; et comme le corps thyroïde est de nature presque entièrement vasculaire et très-extensible, elle est et plus facile et plus apparente dans cet organe. Si l'engorgement qui en résulte n'est pas porté au-delà de ce que le tissu peut s'étendre sans perdre son élasticité, il se dissipe quand la cause a cessé d'agir. Si, au contraire, il a été assez considérable pour dépasser la limite de l'extensibilité naturelle du tissu, il ne se dissipe qu'incomplè-

tement, et devient ainsi la cause mécanique, le noyau d'une phlegmasie. Enfin, lorsqu'il est trop violent, ou le tissu du ganglion thyroïdien peu résistant, il y a rupture de quelques vaisseaux et épanchement de sang dans la substance même de l'organe. C'est dans ces cas, sans doute, que l'on a trouvé des caillots de sang au milieu de la thyroïde. On conçoit, après cette explication, pourquoi toutes les femmes qui font des cris et des efforts violens ne sont pas affectées de thyroïdite.

Hasardons une conjecture avant d'abandonner l'étude étiologique de cette affection. On sait que le développement de toutes les parties du corps est subordonné à celui des artères, et qu'en outre il existe entre la plupart de ces vaisseaux un balancement respectif de calibre tel, que plus l'une est volumineuse, et plus telle autre est petite (1). Ne serait-il pas possible que chez les crétins, l'artère carotide externe fût très-développée et beaucoup plus grosse que l'interne restée sans accroissement, et la thyroïdienne supérieure plus volumineuse qu'elle ne l'est dans l'état naturel? L'idiotisme de ces êtres et leur goître volumineux tiendraient-ils à ce vice congénial d'organisation?

Symptômes. Une tumeur de grosseur variable, ordinairement molle, presque toujours indolente, même à la pression, sans accroissement de température, sans changement de couleur à la peau, située sur la partie antérieure et inférieure du larynx et sur les premiers anneaux de la trachée-artère, mais dépassant plus ou moins ces limites, surtout en bas et sur les côtés, suivant qu'elle est plus ou moins volumineuse, enfin accompagnant le larynx dans ses mouvemens d'élévation et d'abaissement; une telle tumeur offre tous les caractères de la thyroïdite, et ne permet de la confondre avec aucune autre affection, si ce n'est avec les kystes développés dans le tissu

(1) Voyez l'*Anatomie comparée du cerveau*, par A.-E.-R. Serres, etc. Nous craindrions de rester trop au-dessous du mérite de ce beau travail, si nous essayions d'en faire l'éloge dans une courte note.

cellulaire qui entoure et recouvre la thyroïde. Il est souvent impossible d'éviter cette méprise, qui n'est heureusement pas dangereuse.

Le volume de la tumeur peut être si considérable, qu'elle s'étende d'un angle de la mâchoire à l'autre, et, inférieurement, jusque sur la poitrine. Elle comprime alors la trachée-artère, gêne la respiration, et rend la voix rauque, ou bien elle pèse sur les jugulaires, détermine la stupeur, et devient une prédisposition à l'apoplexie. Sa consistance, ordinairement molle, varie cependant, suivant que le ganglion est converti en kystes purulens ou hydatidiques, en substance lardacée ou fibreuse, ou fibro-cartilagineuse ou osseuse, ou qu'il a conservé sa texture naturelle. La forme en est ordinairement arrondie; mais elle est quelquefois bilobée, ou inégale et bosselée. Dans quelques cas, la tumeur est chaude et douloureuse, et la peau qui la recouvre devient rouge et luisante. Enfin, elle devient parfois le siége de douleurs lancinantes, et l'on voit des veines variqueuses ramper sous la peau qui la recouvre.

Marche, durée, terminaisons et *pronostic*. Le développement de la thyroïdite est presque toujours fort lent, et la maladie dure souvent autant que la vie de l'individu : elle se termine cependant assez souvent par résolution, soit provoquée par l'art, soit spontanée; ce dernier mode de résolution a lieu surtout lorsque les goîtreux viennent à quitter leur pays natal ou celui dans lequel ils ont contracté la maladie. Lorsque la suppuration en est la suite, le pus se fait quelquefois jour au dehors, et il en résulte, dans plusieurs cas, une fistule difficile à guérir (voyez *Fistules*). Cette maladie compromet très-rarement la vie et même la santé de ceux qui en sont atteints; elle est seulement désagréable par la difformité qu'elle occasione, ou gênante par sa masse et son poids.

Traitement. L'obscurité qui a pendant si long-temps régné sur la nature du goître a rendu son traitement tout-à-fait empirique, et toutefois cet empirisme a conduit à des résultats

assez avantageux. M. Coindet de Genève ayant découvert la présence de l'iode dans l'éponge, depuis long-temps employée contre cette maladie, soupçonna que ce corps simple en était le seul principe actif, et l'expérience vint bientôt confirmer ce soupçon. Depuis lors, l'iode a été employé par un grand nombre de médecins contre la thyroïdite, et souvent avec succès. On se sert de la teinture ou du sirop d'iode à l'intérieur, et des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse sur la tumeur. Nous avons guéri un goître assez volumineux par le sirop et la pommade. Ce médicament est en général assez difficilement supporté par l'estomac, il faut l'administrer avec précautions, et en suspendre l'emploi aussitôt qu'il irrite cet organe. Les frictions déterminent parfois l'inflammation de la tumeur; il faut donc aussi les suspendre dès que la douleur s'y manifeste, et détruire l'irritation par les applications de sangsues et les cataplasmes émolliens et narcotiques avant de revenir à leur emploi.

Il est probable que la méthode antiphlogistique employée avec persévérance, au début de la maladie, en procurerait souvent la guérison; mais lorsqu'elle est ancienne, et que le corps thyroïde a subi l'une des dégénérescences dont nous avons parlé, que pourrait cette méthode? Cependant, comme il est presque toujours impossible de reconnaître le mode d'altération pendant la vie, il serait rationnel de commencer le traitement de la plupart des goîtres par des applications de sangsues, des cataplasmes émolliens et narcotiques, de légers astringens, et tous les moyens hygiéniques propres à régulariser les fonctions. Ce ne serait qu'après s'être convaincu de l'impuissance de ces moyens, que l'on aurait recours aux autres.

Lorsque la thyroïdite s'est terminée par suppuration, d'une manière rapide ou lente, la guérison offre plus de chances. On attend que toute la tumeur soit suppurée, et qu'il ne reste plus aucune dureté, et alors, si le pus s'est formé après une vive

inflammation, on lui donne issue par une incision pratiquée avec un bistouri; s'il s'est formé lentement, on l'évacue par une légère ponction faite avec la pointe du bistouri ou un trocart. Quand la matière, purulente ou non, qui remplit la tumeur, existe dans plusieurs loges séparées, le meilleur parti à prendre est de traverser toute la masse par un séton. On a même eu recours à ce moyen avec succès dans des cas de goîtres non suppurés, mais peu consistans. Il arrive quelquefois, qu'en croyant ouvrir un abcès du corps thyroïde, on voit s'échapper du fluide hydatidique par l'incision ou la ponction; il faut alors agrandir la plaie, et faire sortir toutes les hydatides par la pression; et si l'on ne peut y parvenir, mettre à découvert toute la poche, afin de la vider plus facilement. Enfin, si le goître est devenu cancéreux et menace les jours du malade, on peut procéder à son extirpation. Cette opération est toujours très-difficile et très-grave, en raison du grand nombre d'artères, de veines et de nerfs qui entourent ou pénètrent la tumeur, des fortes adhérences qu'elle contracte avec la trachée-artère, et de l'inflammation souvent violente qui la suit. Cependant elle compte quelques succès; il vaut donc mieux y recourir que d'abandonner le malade à une mort certaine; mais il ne faut le faire que lorsque le goître est peu volumineux, pédiculé, et peu adhérent; car, lorsqu'il est considérable, très-étendu en avant et sur les côtés, et fortement uni à la trachée-artère, toute tentative d'extirpation serait téméraire et hâterait infailliblement la perte du malade. Nous renvoyons, pour la manière de la pratiquer, à la classe des *Désorganisations*.

Le goître a, dans quelques cas rares, le caractère des tumeurs fongueuses. (Voyez *productions morbides*.) Si, par une erreur très-facile à commettre, on venait à porter l'instrument sur une telle tumeur prise pour un abcès, on devrait s'empresser de réunir les lèvres de l'incision aussitôt que l'on reconnaîtrait la nature du mal, afin d'empêcher l'accès de l'air, l'irri-

tation et la végétation du fongus au-dehors, dont les suites sont toujours des plus graves.

De la splénite.

L'inflammation de la rate est plus connue des anatomo-pathologistes que des médecins. Elle est rare ; les causes en sont peu nombreuses et mal connues, et les symptômes propres des plus obscurs. On l'observe rarement sous forme aiguë ; presque toujours elle existe à l'état chronique.

Causes. La splénite aiguë est rarement primitive ; presque toujours elle se développe par l'extension de l'inflammation du péritoine, des parties environnantes à la membrane externe de la rate et à son tissu propre ; ses causes sont alors celles de la péritonite. (Voyez *péritonite.*) Nous citerons cependant parmi ces causes, comme la produisant plus fréquemment, les coups, les chutes, et les pressions sur la région de l'hypocondre gauche. Une course forcée peut la provoquer ; nous en rapporterons un exemple. Enfin, sous forme chronique, elle est presque toujours la suite des accès d'irritations intermittentes, dont le frisson a été prolongé. Le mode d'action de ces deux dernières causes demande à être expliqué.

Tout le monde sait que dans la course forcée la rate se gonfle, s'engorge et devient douloureuse : ce fait s'explique très-bien, en admettant, avec M. Broussais, que dans les contractions musculaires fortes et répétées qu'exige la course rapide, une grande quantité de sang est exprimée du système capillaire et chassée dans les veines, ainsi qu'on en acquiert journellement la preuve, lorsque dans l'opération de la saignée on fait remuer les doigts au malade. Ce sang arrive en trop grande quantité dans les cavités droites du cœur ; il y afflue avec une vitesse si considérable que les contractions du ventricule pulmonaire ne peuvent l'en chasser ; le système veineux se distend de proche en proche, et la rate, dont la texture est lâche, est bientôt en-

gorgée par ce fluide. C'est encore par le même mécanisme à peu près que cet organe s'engorge pendant le frisson des irritations intermittentes. Le sang abandonne tout le système capillaire extérieur, ainsi que le prouvent le froid et la pâleur de la peau ; il ne peut y revenir tant que dure le frisson ; et comme il faut bien qu'il se loge quelque part, il abonde dans les grandes masses de vaisseaux capillaires intérieurs, les poumons, le foie, et la rate surtout, dont le tissu plus extensible se laisse plus facilement remplir. Or, dans ces deux cas, le résultat est le même ; il y a engorgement mécanique et distension douloureuse de l'organe, et suivant la force et la durée d'action de la cause et la résistance du tissu, l'engorgement se dissipe immédiatement après la course ou le frisson, ou bien il persiste plus ou moins considérable. Lors donc qu'il persiste, il devient tôt ou tard une cause d'irritation pour l'organe, et c'est ainsi que naissent presque toutes les phlegmasies chroniques de la rate. Les splénites aiguës qui commencent par le tissu même de cet organe, et ne sont pas produites par des violences extérieures, n'ont probablement pas d'autre origine.

Symptômes. Ainsi que nous l'avons déjà dit, les symptômes de la splénite sont peu connus. Voici, d'après le savant et modeste M. Ribes (1), en quoi ils consistent. Une douleur en rapport avec l'intensité de l'inflammation se fait sentir dans la région de la rate ; elle augmente par la pression, et s'étend quelquefois à tout l'abdomen ; en même temps le pouls est fréquent et la peau chaude ; il y a de la soif, difficulté de respirer, tension dans la région de l'estomac, vomissemens, quelquefois coliques, jaunisse et difficulté d'uriner. Voici ce que nous avons observé. Une jeune ouvrière avait un assez long trajet à parcourir pour se rendre du lieu de son travail chez elle : elle fut un soir, à nuit close, accostée par deux hommes qui la suivirent jusqu'à sa porte. Dans l'espoir de s'en débarrasser, elle marcha

(1) *Dictionnaire des Sciences médicales*, tome XLVII, article *Rate*.

très-vite, rentra toute essoufflée, et ressentant une douleur dans la région de la rate, à laquelle cependant elle fit peu d'attention. Le lendemain, lorsqu'elle voulut se lever, elle se sentit malade, et ses parens firent appeler l'un de nous. Nous la trouvâmes dans l'état suivant : elle éprouvait à gauche une douleur assez vive sous les dernières côtes asternales, tout-à-fait sur le côté; cette douleur augmentait beaucoup moins à la pression, que ne le fait celle qui accompagne la péritonite; elle n'irradiait pas au loin; on sentait une tuméfaction profonde en palpant vers le bord libre de la dernière côte; la température de la peau était légèrement accrue, le pouls un peu plus fréquent que dans l'état naturel, l'appétit nul, la soif à peine augmentée, et *la langue exactement de la couleur de la cendre dans tous les points de son étendue.* Une première application de quinze sangsues sur le point douloureux diminua considérablement tous les symptômes, et une application semblable le lendemain fit tout disparaître. Il ne nous paraît pas douteux que nous ayons eu à traiter une inflammation de la rate. La nature de la cause, le siége de la douleur, la tuméfaction de la partie, l'absence des signes de la péritonite, tout nous confirme dans cette opinion.

La splénite chronique est souvent plus difficile encore à reconnaître ; ce n'est que lorsque la tuméfaction est un peu considérable et l'organe induré, que l'on y parvient aisément. Le siége qu'occupe la tumeur dans l'hypochondre gauche, et la douleur qu'y détermine la pression, laissent déjà peu de doutes : mais il est une circonstance qu'on n'a pas signalée, qui les dissipe en grande partie ; c'est que le gonflement et la douleur augmentent chaque fois que le malade veut marcher un peu vite. Lorsque la tumeur s'est développée pendant la durée d'une irritation intermittente, cette seule circonstance en fait connaître le siége. Souvent la splénite chronique ne produit que ces symptômes locaux; mais plus fréquemment, peut-être, elle entretient le malade dans un état de pâleur, d'inaptitude

au mouvement, et de faiblesse, finit par agir sympathiquement sur le cœur et les voies digestives, et conduit au marasme. L'*ascite* (voyez ce mot) en est souvent l'effet.

Marche, *durée*, *terminaison* et *pronostic*. On ne connaît ni la marche ni la durée de la splénite aiguë; la chronique est presque toujours très-lente, et se prolonge souvent pendant un grand nombre d'années; l'une et l'autre peuvent se terminer par résolution, suppuration, induration, ou gangrène : ce dernier mode de terminaison est le plus rare. Dans les cas de terminaison par suppuration, le pus peut s'échapper dans l'abdomen, et une mort prompte en est alors la suite; ou bien il peut se frayer une route dans la poitrine, dans l'estomac, ou dans le colon, et être rendu par les crachats, les vomissemens ou les selles; enfin, il s'épanche parfois derrière le péritoine, et va se faire jour au loin; le marasme en est la conséquence presque nécessaire dans tous ces cas. Ce n'est, en général, qu'après avoir duré pendant très-long-temps, que la splénite compromet la vie des malades; elle n'est donc pas une maladie grave, et cependant on en obtient difficilement la guérison lorsqu'elle est chronique; il est vrai que jusqu'à ce jour on l'a rarement combattue par des moyens rationnels.

Caractères anatomiques. On trouve assez souvent sur les cadavres, la rate ramollie, gorgée de sang, et accrue de volume. Quelquefois elle est suppurée, et le pus est réuni en plusieurs kystes, ou bien en un seul dépôt, au milieu duquel tout le tissu de l'organe a disparu, et qui est renfermé dans sa membrane propre. Dans quelques cas, le pus recouvre seulement la rate, et elle en est comme entourée. On la rencontre aussi parsemée de tubercules ramollis, ou réduite en putrilage fétide, ou convertie en un mucus rougeâtre comme de la lie de vin, ou remplie d'hydatides, ou squirrheuse, osseuse, et dans ce dernier cas toujours diminuée de volume. Sa membrane propre présente assez souvent la dégénérescence cartilagineuse; elle devient plus fréquemment osseuse que l'organe lui-même, et

l'ossification s'y montre par plaques, et ne l'envahit jamais en entier. Dans presque tous ces cas, la rate a contracté des adhérences plus ou moins intimes avec les parties environnantes.

Traitement. Les saignées générales et locales, les topiques émolliens et narcotiques, les bains, les boissons délayantes, et la diète, sont les seuls moyens que l'on puisse employer contre la splénite aiguë. Il serait très-probablement inutile d'avoir recours aux révulsifs; sur quelque partie qu'on les appliquât, ils resteraient sans influence sur un organe aussi dépourvu de rapports sympathiques que la rate. Le traitement de la splénite chronique doit reposer sur les mêmes bases; mais il faut l'employer dès le début de la maladie, avant que le désordre soit trop grave; car alors il échouerait infailliblement. On a tort d'abandonner à eux-mêmes, et encore plus de traiter par des stimulans, les engorgemens de la rate, connus sous le nom d'*obstructions*, qui restent après les gastro-entérites intermittentes. Ce sont eux qui fournissent le plus grand nombre des désorganisations que nous avons indiquées ci-dessus; en les détruisant on préviendrait celles-ci. Le traitement antiphlogistique en procurerait sans doute aisément la résolution.

INFLAMMATIONS DU SYSTÈME LYMPHATIQUE.

Considérations générales.

Le système lymphatique se compose de vaisseaux et de ganglions. Les vaisseaux, minces, garnis de valvules, ramifiés à la manière des veines et des artères, dilatables, contractiles, très-peu sensibles, sont formés de deux membranes : l'externe, de nature cellulaire; l'interne, lisse, délicate et transparente. Les ganglions, placés partout sur le trajet des vaisseaux, sont des corps ovoïdes, aplatis, résultant, d'après Béclard,

de la réunion des vaisseaux lymphatiques, tantôt divisés en ramifications très-ténues, tantôt renflés en cellules, et quelquefois présentant cette double disposition dans le même ganglion. Ni les uns ni les autres ne se rencontrent dans l'encéphale, la moelle épinière, l'œil, l'oreille interne et le placenta; ils abondent, au contraire, à l'aisselle, au pli de l'aine, au cou, dans la poitrine et dans l'abdomen. Leurs fonctions sont obscures et peu connues; on sait seulement que les vaisseaux lymphatiques transportent le chyle et la lymphe, des surfaces muqueuses et cutanées et de l'intérieur des organes, aux veines sous-clavières et jugulaires internes, où ils vont aboutir par quelques troncs, dont les deux principaux et les plus volumineux sont le canal thoracique et la grande veine lymphatique droite. On suppose, avec quelque fondement, que leurs radicules absorbent ces liquides, et l'on croit que les ganglions leur font subir une élaboration *inconnue.*

Autant la sensibilité est obtuse dans les diverses parties du système lymphatique atteintes de sub-inflammation, ainsi que nous le verrons plus tard, autant la douleur est vive lorsque ces mêmes parties sont enflammées. On sait combien sont douloureuses les phlegmasies des troncs lymphatiques et celles des ganglions de l'aine et de l'aisselle. La rougeur, le gonflement et la chaleur s'y manifestent avec une égale intensité; presque toujours aussi les sympathies des principaux organes, cerveau, cœur et estomac, sont excitées par ces inflammations, et cependant, malgré la violence des symptômes, il est de remarque que l'endurcissement des ganglions succède presque aussi souvent à leur inflammation que la résolution et la suppuration: tant est grande l'influence qu'exerce l'organisation particulière de chaque tissu sur les résultats d'un même mode d'irritation. Ainsi, à égale intensité, dix inflammations du tissu cellulaire se terminent par des abcès, tandis que sur le même

nombre de phlegmasies des ganglions lymphatiques, une moitié suppure et se résout, et l'autre moitié passe à l'état de squirrhe.

On trouve, à l'ouverture des cadavres, les gros troncs lymphatiques qui ont été enflammés pendant la vie, très-dilatés, gorgés de lymphe et ramollis; on n'y a point observé de rougeur ni d'injection, parce qu'on ne les a jamais ouverts après leur inflammation aiguë. Les vaisseaux capillaires et les ganglions lymphatiques offrent les altérations que nous avons décrites.

De l'angio-leucite (1).

Nous proposons de nommer ainsi l'inflammation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, maladie désignée par les auteurs sous les noms d'*éléphantiasis des Arabes*, *œdème dur, hernie charnue*, *maladie glandulaire de Barbade*, etc., et que M. Alard a décrite d'abord sous celui de *maladie peu connue du système lymphatique* (2), et plus récemment sous celui d'*inflammation des vaisseaux absorbans lymphatiques* (3). On lui a aussi donné le nom de *phlegmasie blanche ;* cette dénomination est des plus impropres.

Causes. Le tempérament lymphatique et l'état de couches prédisposent à cette maladie ; mais elle survient à tous les âges, dans toutes les conditions de la vie, et aussi fréquemment chez l'un que chez l'autre sexe. La cause qui la produit constamment, la seule que signalent les medecins qui l'ont observée, consiste dans l'impression subite d'un froid vif sur le corps placé au milieu d'une atmosphère chaude. C'est ainsi que les vents froids, qui surviennent tout à coup dans certaines con-

(1) De ἀγγεῖον, vaisseau, et λευκὸς, blanc, inflammation des vaisseaux blancs, et non pas *inflammation blanche*, ce qui est un contre-sens.

(2) *Histoire de l'éléphantiasis des Arabes*, *maladie particulière du système lymphatique*, etc.; par M. Alard; 1809.

(3) *Deuxième édition de l'ouvrage cité*, 1804.

trées équatoriales; la fraîcheur des nuits rendue plus active par les courans d'air que les habitans de la Barbade établissent dans leurs maisons; un coup d'air frais atteignant une partie du corps échauffé par le lit, ou même baigné de sueur chez les femmes en couche, en sont les causes ordinaires. Elle est endémique dans certaines contrées, parce que les conditions atmosphériques que nous avons indiquées y règnent constamment; elle devient épidémique lorsque la cause agit fortement sur une grande masse d'individus; elle n'est ni contagieuse ni héréditaire.

Symptômes et *marche*. L'angio-leucite débute ordinairement par une douleur subite plus ou moins vive, occupant le trajet des principaux troncs des vaisseaux lymphatiques, ou un ou plusieurs ganglions d'une partie du corps, et le plus ordinairement d'un des membres abdominaux. Dans la direction de cette douleur il se forme une *corde* dure, noueuse et tendue, ressemblant tantôt à un amas de petites phlyctènes, et tantôt à un chapelet de petites glandes tuméfiées, surmonté quelquefois d'une trace rouge à la peau de la largeur d'un ruban de fil, et d'autres fois sensible seulement au toucher. Bientôt les tégumens de la partie rougissent, se gonflent, et prennent une apparence érysipélateuse; le tissu cellulaire sous-jacent se tuméfie par l'extension de l'irritation, et l'articulation voisine est maintenue raide et fléchie. A ces symptômes locaux s'en joignent toujours de sympathiques, qui annoncent la participation de l'estomac et du cœur, et quelquefois celle du cerveau, à la souffrance extérieure. Ce sont: un frisson prolongé, une soif vive, du malaise, de l'anxiété, de violens efforts pour vomir, et des vomissemens qui n'entraînent que les boissons contenues dans l'estomac et une très-petite quantité de bile; un peu de sang est quelquefois rendu lorsque l'estomac ne contient rien. La langue est probablement rouge; M. Alard dit qu'elle est d'une belle couleur (1). Dans quelques cas, il survient du

(1) Alard, *ouvrage cité*, page 258.

délire. Le frisson est ordinairement suivi d'une chaleur intense, et celle-ci de sueurs extrêmement copieuses, générales ou partielles. Ces trois phénomènes, frisson, chaleur et sueur, se confondent parfois ensemble ; il arrive fréquemment surtout que si le malade vient à se remuer pendant la période de chaleur, le frisson revient aussitôt, et avec lui les douleurs et les vomissemens, qui en sont inséparables dans les accès un peu forts ; en même temps, la peau est chaude et baignée de sueurs (1).

La durée de chaque accès et l'intervalle qui les sépare, varient; leur retour est toujours précédé par une augmentation de la phlegmasie extérieure, et leur cessation suivie d'un nouvel accroissement du gonflement de la partie ; enfin, ils ne tardent pas à disparaître complètement, et la maladie reste bornée à l'extérieur. Alors la rougeur, la chaleur et la douleur, de moins en moins prononcées à chaque accès, finissent par s'évanouir complètement, tandis que le gonflement ne cesse de faire des progrès de jour en jour pendant les deux ou trois mois qui suivent. Ce gonflement, qui dans le commencement n'était qu'œdémateux et conservait l'impression du doigt, et qui dépendait de l'infiltration active du tissu cellulaire, devient dur et résistant, et annonce que l'altération de ce tissu devient plus profonde. Si un ou plusieurs ganglions lymphatiques ont participé à l'inflammation des vaisseaux qui s'y rendent, ils restent engorgés, durs et squirrheux, ou bien ils se ramollissent et suppurent; la peau qui les recouvre s'ulcère; des abcès plus ou moins nombreux se forment dans le tissu cellulaire, et les ulcérations qui résultent de leur ouverture, et surtout de celle des ganglions, sont en général très-difficiles à guérir. Dans quelque cas d'inflammation violente, la gangrène s'empare des ganglions enflammés.

Parvenue à l'état de chronicité que nous venons de décrire, l'angio-leucite reste ordinairement pendant plusieurs mois sta-

(1) *Ouvrage cité*, 2e édition, p. 237.

tionnaire ; puis les accidens se renouvellent, suivent à peu près la même marche qu'au début, se dissipent comme alors, en laissant une nouvelle augmentation de volume dans la partie, laquelle, au bout de quelques années, devient difforme et monstrueuse. Aux membres inférieurs, par exemple, le gonflement de la jambe devient tel, que le pied, quoique lui-même tuméfié, est en partie couvert, et que les orteils sont presque seuls aperçus; un sillon profond existe autour de l'articulation; toute la masse est sans forme, et c'est à sa ressemblance avec les jambes de l'éléphant qu'est due la dénomination *d'éléphantiasis* sous laquelle on désigne la maladie. Quelquefois le membre est coupé par de profonds sillons circulaires de distance en distance, et comme les renflemens intermédiaires à chaque sillon sont souvent inégaux entre eux, la jambe offre alors l'aspect le plus bizarre et le plus hideux. D'autres formes encore se font remarquer; il est inutile de les décrire. Mais l'état de la peau vient souvent ajouter encore à la difformité : ordinairement lisse et sans changement de couleur dans les climats tempérés, elle se couvre en Égypte de croûtes jaunes et dégoûtantes; elle se hérisse de verrues dans l'île de la Barbade; elle devient rugueuse, et reçoit une teinte rembrunie des vaisseaux variqueux qui serpentent au-dessous d'elle, sur les côtes de l'Égypte, de Cochin et dans les Asturies; partout, elle peut devenir le siége de crevasses; enfin elle est quelquefois affectée de la *lèpre*. (Voyez cette maladie.)

De toutes les parties du corps, ce sont les extrémités inférieures qui sont le plus fréquemment affectées de cette maladie, mais elle peut les affecter toutes. M. Alard l'a vue fixée à la face, et produire une tuméfaction permanente des paupières, des joues, du nez et des lèvres, et quelquefois bornée à un seul côté de la figure. Elle peut alors, dans la période d'acuité, provoquer des symptômes cérébraux, comme dans l'*érysipèle* (Voyez cette maladie). Elle guérit dans cette partie plus facilement qu'aux extrémités inférieures, et la guérison

a lieu ordinairement par un écoulement par les yeux, le nez ou la bouche, ou par une éruption de boutons sur la poitrine, qui rendent sans douleur une sérosité lymphatique (1). On l'a observée sur la poitrine et sur le cou, formant des tumeurs épaisses sur ces parties, ou bien donnant aux mamelles un tel volume, qu'il fallait les soutenir avec des bandages passés derrière le cou. Sur l'abdomen, elle s'accompagne, lorsqu'elle est étendue, de symptômes d'irritation gastro-intestinale au début, et produit une exhalation abondante de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale antérieure, et des tumeurs considérables à la marge de l'anus et aux grandes lèvres, ou des engorgemens du scrotum. Primitivement développée sur cette dernière partie, elle y détermine de vives douleurs au début; l'inflammation peut se propager aux testicules, qui deviennent squirrheux, ou à la verge, qui acquiert des dimensions prodigieuses; mais il est plus ordinaire de voir une exhalation morbide se faire dans le scrotum, et donner à ces parties un volume monstrueux. Elle prend, dans ce siége et sous cette forme, les noms de *sarcocèle d'Égypte*, *andrum*, et *hydrocèle endémique du Malabar*.

Telle est l'angio-leucite du plus haut degré, dans toutes les parties qu'elle peut affecter et sous les diverses formes qu'elle est susceptible d'y revêtir. On se fait aisément l'idée des nuances plus légères; elle peut ne consister que dans une légère rougeur érysipélateuse, un œdème peu considérable, sans gonflement progressif de la partie, ni trouble de la santé. La mort en est rarement la suite prompte; ce n'est que lorsqu'elle a duré très-long-temps, et que les organes intérieurs ont fini par s'affecter, que le marasme entraîne la perte du malade.

Caractères anatomiques. On a trouvé à la dissection des parties, les ganglions lymphatiques plus volumineux que dans l'état naturel; les vaisseaux de même ordre très-dilatés, gorgés

(1) Alard, *ouvrage cité*, page 242.

de lymphe, et leurs parois ramollies au point de ne pouvoir résister aux injections; le tissu cellulaire sous-cutané contenant dans ses aréoles une humeur épaisse, visqueuse, tenace, présentant quelquefois la consistance d'une gelée, souvent mêlée d'une sorte de sérosité (1); la peau quelquefois épaissie, et ressemblant tantôt à une couenne, tantôt à un cartilage (2). Mais toutes ces lésions ont été observées sur des individus affectés de la maladie depuis long-temps, et passée par conséquent à l'état chronique, de sorte que l'on ne possède aucun fait d'anatomie pathologique sur son état aigu.

Traitement. L'empirisme ou de fausses théories ont été presque les seuls guides dans le traitement de l'angio-leucite; aussi nous offre-t-il le mélange bizarre des médications les plus opposées. Nous ne doutons nullement que les émissions sanguines locales, employées au début, et dirigées en même temps, à l'épigastre, pour combattre les symptômes de phlegmasie gastrique, et sur le trajet des vaisseaux lymphatiques enflammés, ne fussent suivies d'excellens effets; on les seconderait par les topiques émolliens et narcotiques pendant la durée de l'accès, et quelques astringens et un bandage compressif dans les intervalles. Si la maladie occupe une des extrémités inférieures, le repos et la position horizontale sont indispensables. Lorsque les accidens inflammatoires sont en grande partie tombés, on peut, si l'état des voies digestives le permet, avoir recours aux purgatifs drastiques à petites doses et long-temps continués, pour entretenir une révulsion continue sur la membrane muqueuse gastro-intestinale. C'est dans le même but que l'on emploie les diurétiques; en même temps, il faut continuer les émolliens ou les astringens à l'extérieur. Tous les topiques irritans que l'on a conseillés peuvent nuire, et aucun fait ne prouve qu'ils aient été quel-

(1) Rayer, *Dictionnaire de médecine*, en 18 volumes, tome VII, article *Éléphantiasis*, et *Traité des maladies de la peau*, etc. Paris, 1826.

(2) Alard, *ouvrage cité*, pages 255 et 256.

quefois utiles ; nous en dirons autant des émétiques et de l'oxyde de zinc, si vantés contre les vomissemens de la première période : ces moyens sont dangereux. Les mouchetures procurent toujours la diminution de la partie, en donnant issue à la sérosité infiltrée ; mais elles ont l'inconvénient de trop irriter On les remplacerait sans doute avec avantage par l'acupuncture. Pourrait-on recourir avec avantage à la quinine ou à son sulfate dans les intervalles des accès, si le retour de ceux-ci était à peu près périodique ? Cela paraît probable.

Quelque incommode que devienne un membre affecté d'angioleucite, et malgré le vif désir du malade d'en être débarrassé, on ne doit jamais consentir à en pratiquer l'amputation. Une triste expérience a appris que ceux qui survivent à l'opération succombent à la reproduction de la maladie dans une autre partie du corps qui jusqu'alors n'en avait offert aucune trace, ou sont emportés par des phlegmasies des organes intérieurs. Il serait possible, il est vrai, que la chirurgie, devenue de nos jours plus physiologique, pratiquât cette amputation avec plus de succès qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

De la syphilis.

La nature de la syphilis est aujourd'hui un grand sujet de controverse parmi les médecins. Cette maladie a-t-elle son siége dans le système lymphatique ? consiste-t-elle dans une irritation de ce système ? est-ce une inflammation ou une subinflammation ? est-elle ou n'est-elle pas produite par un *virus ?* Telles sont les questions qui s'agitent de toutes parts. Que cette maladie ait son siége dans le système lymphatique, cela ne paraît pas douteux ; que ce soit une irritation, on le conteste à peine ; mais tandis que plusieurs médecins prétendent que c'est une irritation *spécifique*, produite et entretenue par la présence d'un virus, d'autres n'y voient qu'une inflammation

ou une sub-inflammation ordinaire, et nient l'existence du virus. L'une et l'autre de ces opinions trouve d'habiles défenseurs également appuyés sur des faits, et l'esprit flotte incertain sans savoir laquelle adopter (1); cependant toutes deux nous semblent trop exclusives, et voici celle que nous nous sommes formé de la méditation des faits et des discussions auxquelles ils ont donné lieu. Nous regardons la syphilis comme une inflammation ordinairement chronique du système lymphatique, principalement de celui des parties génitales, pouvant se développer sous l'influence de toutes les causes ordinaires de l'irritation de ces parties; mais le plus ordinairement produite par le contact d'un virus ou pus irritant, sécrété dans les points enflammés ou ulcérés.

Causes. La syphilis peut être la suite des excès vénériens, surtout si les parties génitales sont dans un état habituel de malpropreté; mais elle naît, dans le plus grand nombre des cas, par le contact d'organes sexuels déjà affectés sur des organes sains, dans l'acte de la copulation. Les baisers sur la bouche, lorsque cette partie est le siége d'ulcérations syphilitiques, transmettent fréquemment aussi cette maladie : un enfant affecté la communique à sa nourrice, de même que celle-ci peut la donner à son nourrisson; le pus qui s'échappe d'un bubon, transporté sur la conjonctive, y produit une inflammation des plus violentes; un accoucheur peut la contracter en touchant une femme enceinte atteinte de syphilis, si son doigt est dépouillé de l'épiderme dans un point. On cite des exemples de transmission par un verre, une cuiller, une pipe, portés immédiatement et sans être essuyés, d'une bouche

(1) Consultez les articles si riches d'érudition, et si forts de raisonnement, insérés dans les Ier, IIe et IIIe volumes du *Journal universel des Sciences médicales*, par M. Jourdan, et le *Traité de la syphilis*, dont ce médecin vient d'enrichir la science. *Voyez* aussi trois mémoires importans de M. Richond, consignés dans les *Archives générales de médecine*, tome V, page 161; et tome VI, pages 40 et 371.

garnie d'ulcérations à une bouche saine; en un mot, sur toute l'étendue de la peau lorsqu'elle est excoriée, et sur tous les points des membranes muqueuses, le contact du virus fait naître l'irritation syphilitique. Enfin, l'enfant peut apporter cette maladie en naissant, si son père ou sa mère en sont infectés.

Symptômes. On a décrit tant de lésions diverses sous le nom de *syphilis*, qu'il est difficile d'en tracer les symptômes. Les principaux sont les ulcérations du gland, du prépuce, de la peau de la verge, des petites et des grandes lèvres, du clitoris, de l'entrée du vagin, de la fourchette et des seins : ils surviennent quelquefois aussi au nombril, à l'anus, à la bouche, au pharynx, au nez, aux yeux, aux oreilles, entre les doigts et les orteils. Ces ulcères sont souvent arrondis, quelquefois irréguliers ; le fond en est grisâtre, les bords vifs et coupés à pic ; ils causent en général beaucoup de douleur : on les désigne génériquement sous le nom de *chancres ;* à l'anus et entre les orteils, ils prennent celui de *rhagades*. Les *bubons* sont, après les chancres, les symptômes les plus fréquens de la syphilis. On nomme ainsi l'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine, engorgement quelquefois indolent, dur, et se dissipant par résolution ; d'autres fois s'enflammant fortement, et se terminant par un abcès. Nous parlerons de l'inflammation du canal de l'urèthre, à l'article *Urhétrite*.

Ce n'est presque jamais immédiatement après un contact impur que les chancres se manifestent : vingt-quatre, quarante-huit heures, et plus ordinairement trois, quatre, cinq ou six jours, quelquefois davantage, se passent avant qu'aucun signe n'apparaisse. D'abord, il se manifeste une ou plusieurs petites vésicules remplies d'une sérosité limpide; ces vésicules se crèvent promptement, ou, plus communément, sont déchirées par le malade que la vive démangeaison oblige à frotter le gland. Tout aussitôt le petit ulcère se forme, il ressemble souvent, au début, à une légère excoriation; bientôt il creuse

et s'agrandit, en s'accompagnant fréquemment de cuisson et de douleur assez vive. C'est le plus ordinairement alors que les bubons se manifestent; ils paraissent être un effet sympathique de l'irritation des parties génitales; cependant nous les avons vus précéder l'apparition des chancres; et tout le monde sait que des uréthrites très-douloureuses n'en sont souvent pas accompagnées : d'où l'on pourrait conclure, avec autant de fondement peut-être, qu'ils sont produits par le virus absorbé et transporté sur les ganglions lymphatiques. Les chancres donnent une suppuration plus ou moins abondante, le prépuce et la verge se gonflent, et il en résulte un *phimosis* si le gland ne peut plus être découvert, ou un *paraphimosis*, lorsqu'après avoir fait franchir inconsidérément le prépuce au-delà du gland, on ne peut plus le ramener sur cette partie, derrière laquelle il forme un étranglement plus ou moins considérable. (Voyez ces mots.) Les bubons sont en général assez longs à se ramollir et à s'abcéder, excepté lorsqu'ils sont fortement enflammés, et que le tissu cellulaire ambiant participe à l'inflammation. Cette lenteur est commune aux phlegmasies de tous les ganglions lymphatiques.

Dans le plus grand nombre des cas, les symptômes de la syphilis se bornent aux chancres et aux bubons; mais ils sont assez souvent compliqués de l'inflammation de la membrane muqueuse uréthrale. Ordinairement par les progrès de la maladie, et quelquefois dès le début, il se forme à la peau des pustules dont la forme varie, et auxquelles on a imposé une foule de noms, suivant leurs différens aspects : c'est ainsi qu'on les a nommées *formiées*, *ortiées*, *miliaires*, *galeuses*, *séreuses*, *tuberculeuses*, *squammeuses*, *croûteuses*, *serpigineuses* et *ulcérées*. Il se forme aussi parfois dans quelques points de la peau ou des membranes muqueuses, mais principalement aux parties génitales et à l'anus, des excroissances ou des végétations, auxquelles on donne le nom de *condylômes*, lorsqu'elles présentent une tète arrondie, supportée sur

un pédicule ; de *fics* ou *ficus*, lorsqu'elles sont peu saillantes et aplaties ; de *crêtes de coq*, lorsqu'elles ont de la ressemblance avec cet organe ; de *verrues*, quand elles s'élèvent en tubercules durs qui se fendillent, et sont souvent douloureux au contact ; de *poireaux*, *choux-fleurs*, *mûres*, *framboises*, *fraises*, *groseilles*, en raison de l'analogie que l'on a cru remarquer entre ces productions morbides et les corps dont elles portent les noms. (Voyez *productions morbides*.)

Il existe encore plusieurs altérations que l'on attribue à la syphilis : la *carie*, la *nécrose*, l'*exostose*, sont de ce nombre. (Voyez ces maladies.) Cette diversité de lésions, qui toutes peuvent survenir après un coït impur, par conséquent après une cause unique, est un des plus forts argumens en faveur de l'existence du virus syphilitique. Cependant plusieurs de ces altérations naissent aussi sous l'influence de toute autre cause irritante, et dans un cas comme dans l'autre, elles offrent toujours le même aspect. Mais on ne les voit pas exister simultanément, ou se succéder chez le même individu, être, en quelque sorte, dans une dépendance mutuelle, comme cela a lieu dans le plus grand nombre de cas lorsqu'elles se manifestent après un coït impur.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La marche de la syphilis, c'est-à-dire la marche de l'ensemble des altérations qui se développent sous l'influence du virus syphilitique, est presque toujours lente et chronique, mais quelques-uns de ses effets, tels que l'inflammation de la membrane muqueuse uréthrale et celle des ganglions lymphatiques de l'aine, ont souvent une marche aiguë et rapide. Elle exige presque toujours d'un à deux mois de traitement, quelquefois moins et souvent beaucoup plus. Quoiqu'elle entraîne rarement la mort, on doit la regarder comme une maladie grave, en raison des difficultés qu'offre souvent sa guérison, et des atteintes qu'elle porte fréquemment à la constitution des individus. Au reste, ces deux causes de gravité tiennent peut-être plus à la nature des

moyens que l'on emploie pour la guérir, qu'à la maladie elle-même.

Traitement. Le mercure est regardé par beaucoup de médecins comme le spécifique de la syphilis; cependant, non-seulement ce médicament échoue dans un grand nombre de cas, mais encore il ne possède pas seul la propriété de guérir cette maladie. Bien plus, il paraît démontré aujourd'hui que la plupart des accidens regardés comme consécutifs de la syphilis, tels que les ulcérations du pharynx et de la peau, sont au contraire très-souvent des effets de ce médicament. On l'emploie de plusieurs manières, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur: en frictions sur la peau, mélangé avec un corps gras ou savonneux; en vapeurs, mélangé avec une substance combustible; à l'état de proto-chlorure, dans des pilules; à celui de deuto-chlorure, en dissolution dans du lait, une eau gommeuse, un sirop sudorifique ou en pilules, etc.; enfin à l'état de nitrate, dans un sirop (Sirop de Belet). La dose des frictions d'onguent mercuriel est de un à trois gros, et la quantité qu'on emploie pour un traitement, de quatre ou cinq onces; on va quelquefois jusqu'à huit. On les pratique tous les deux jours, en les alternant avec un bain, sur la partie interne des mollets, des cuisses, des avant-bras et des bras, en changeant chaque fois de siége. Si le malade ne peut se frictionner lui-même, on le fait frictionner par un aide, dont la main doit être recouverte d'une vessie de cochon, afin d'éviter qu'il n'absorbe le médicament. Le traitement par les vapeurs est aujourd'hui peu employé; on se servait à cet effet du cinabre ou sulfure de mercure, que l'on faisait brûler avec des bois aromatiques, et dont on dirigeait la vapeur vers les parties génitales et toute la partie inférieure du tronc, et quelquefois sur toute la peau lorsqu'elle était recouverte de pustules. C'est le deuto-chlorure (sublimé corrosif) auquel on a recours le plus ordinairement; on le donne à la dose d'un quart à un demi-grain, dissous dans une ou deux cuillerées d'eau distillée, le matin d'abord, puis matin et soir,

dans une tasse de lait, ou d'eau gommeuse, ou de décoction d'orge, de guimauve, de lin, etc.; seize à dix-huit grains suffisent ordinairement pour un traitement complet; on est quelquefois obligé d'aller jusqu'à trente-six.

Quelle que soit celle des préparations mercurielles que l'on administre, on ne doit jamais en commencer l'emploi avant d'avoir beaucoup diminué les symptômes inflammatoires, par les boissons délayantes, les bains et un régime adoucissant. Plusieurs médecins sont dans l'habitude de débuter par un purgatif, d'en donner un second au milieu du traitement, et de le terminer par un troisième. Mais pendant tout le temps de la durée de l'affection, le malade doit être tenu à un régime doux, privé de vin et de tous les excitans, préservé avec soin du foid et de l'humidité, et mis à l'usage d'une tisane de salsepareille ou de gayac, et à leur défaut de squine ou de sassafras. On doit suspendre immédiatement l'usage du deuto-chlorure, s'il excite trop fortement l'estomac, et celui de toutes les préparations mercurielles en général aussitôt qu'il survient de la salivation.

M. le docteur Chrestien a proposé de remplacer le mercure par l'hydro-chlorate d'or et de soude; nous l'avons employé avec succès. On l'administre en frictions sur la langue; on commence par un seizième ou un quatorzième de grain, mêlé avec de l'amidon ou de l'iris en poudre; on consomme le grain, ainsi fractionné, en faisant une friction tous les soirs; puis on emploie un second grain de la même manière, partagé seulement en treize doses, un troisième en douze, et ainsi de suite, jusqu'à six ou huit grains. Ce médicament est surtout efficace contre les anciennes syphilis qui ont résisté au mercure. Les autres moyens sont les mêmes que lorsque l'on traite par les préparations mercurielles. Le fer, le platine ont été aussi employés avec succès. Enfin, dans ces derniers temps, on a surtout beaucoup vanté l'iode. M. Richond a consigné dans les

Archives générales de médecine (1) de nombreux exemples de guérison obtenue par ce médicament, à l'intérieur, en teinture, et à l'extérieur, en frictions.

S'il était bien prouvé que l'irritation syphilitique n'a rien de particulier, c'est-à-dire que la présence du virus n'ajoute rien à sa nature, il est évident qu'il faudrait la traiter par les moyens qui conviennent à toutes les irritations. C'est ce qu'ont fait plusieurs médecins, et beaucoup de vénériens ont été guéris, les uns par les seuls sudorifiques, et les autres par la faim et des boissons délayantes. Cependant ces expériences n'avaient encore entraîné qu'un très-petit nombre de praticiens; M. Richond les a reprises et faites avec plus de précision. Convaincu que les symptômes de la syphilis ne sont que des irritations simples, ordinaires, du système lymphatique, il a traité un très-grand nombre de vénériens par les seuls anti-phlogistiques, tels que les saignées locales, les vapeurs émollientes, les bains, les boissons délayantes et un régime sévère, et tous ont été guéris en très-peu de temps (2). On se sent fortement ébranlé lorsqu'on a lu le travail de ce médecin, et, si les espérances qu'il fait concevoir sont confirmées par de nouveaux faits, il aura rendu un grand service à l'humanité.

M. Ratier vient d'émettre tout récemment une opinion que, si elle est fondée, permet d'espérer que l'on pourra prévenir le développement de la syphilis. Suivant lui, la syphilis, comme la vaccine, la variole, etc., a une période d'incubation; cette période terminée, il se développe un travail local dans le point contagié, et si dès le début de ce travail, on neutralise le virus par un caustique, on prévient sans retour le développement de la maladie. Il conseille donc d'ouvrir avec la pointe d'une lancette bien acérée, ou de tout autre instrument, les petites vésicules qui précèdent la formation des chancres, et de les bien

(1) *Archives générales de médecine*, tome VI, pages 40 et suivantes.

(2) *Idem*, ibid.

cautériser avec un morceau de nitrate d'argent taillé en pointe. Mais il faut que cette cautérisation soit faite de bonne heure, avant ou immédiatement après la rupture des vésicules, pour que le virus n'ait pas encore eu le temps d'être absorbé et d'infecter toute l'économie. Ce qui se passe dans la vaccine, la variole, la pustule maligne, dont arrête les pustules par la cautérisation, milite fortement en faveur de cette opinion. Rien n'est plus séduisant en théorie, et nous espérons que l'expérience viendra réaliser toutes les espérances que fait naître l'idée très-heureuse de M. Ratier. Nous le désirons vivement dans l'intérêt de l'humanité, et nous engageons les praticiens, qui sont placés dans des circonstances favorables, à multiplier les expériences propres à éclairer cette ingénieuse théorie.

INFLAMMATIONS DU SYSTÈME DERMOÏDE.

Considérations générales.

La peau est l'enveloppe générale du corps. Partout continue avec le système muqueux, avec lequel elle se confond à toutes les ouvertures naturelles, il est difficile de dire d'une manière rigoureuse, où elle commence et où elle finit. Du tissu cellulaire, des vaisseaux sanguins nombreux, des nerfs, des exhalans, des absorbans lymphatiques et veineux, des follicules sébacés sécrétant une humeur huileuse, des bulles d'où naissent les poils, et une matière inorganique qui recouvre toutes ces parties, tels sont les nombreux élémens qui entrent dans sa structure. Toutes ces parties sont disposées par couches, ainsi qu'il suit : l'*épiderme*, formant la couche la plus superficielle ; le *derme*, espèce de tissu cellulaire condensé, servant à loger, dans ses aréoles, toutes les autres parties qui composent l'organe ; les *papilles*, dont la texture paraît être vasculaire et nerveuse ; l'*épiderme des papilles*, dont on ne connaît pas bien la nature ; la *couche colorée*, formée, suppose-t-on, par un ré-

seau capillaire contenant la matière à laquelle la peau doit sa couleur, et qui est sécrétée par les papilles; enfin la *couche cornée*, qui est mal connue. Les actes vitaux n'y sont pas moins nombreux que les parties constituantes; ainsi on y observe des phénomènes de nutrition, de circulation, d'absorption, d'exhalation, de sécrétion, etc.

Or, il suffit de remarquer combien l'organisation de ce système est compliquée, combien de parties diverses le composent, et combien d'actions vitales s'y trouvent réunies, et de faire attention à la multitude et à la variété des causes qui agissent continuellement sur lui, pour ne plus être étonné de la variété des affections dont il est le siége. Pour peu qu'on réfléchisse en même temps à l'obscurité qui règne encore sur la texture et les propriétés des différentes couches qui le constituent, on concevra pourquoi tant de données nous restent encore à acquérir sur une partie des maladies qui l'affectent. Cependant ces différences ne sont pas si absolues qu'on ne puisse trouver entre les affections cutanées plusieurs points de contact; et tout fait espérer que l'incertitude qui règne sur certains points de l'histoire de quelques-unes d'entre elles ne tardera pas à être dissipée.

Siége du tact et du toucher, le tissu cutané transmet au cerveau toutes les impressions qu'il reçoit, même les plus fugaces, avec plus de fidélité peut-être qu'aucun autre : c'est dire, en d'autres termes, qu'il est doué d'une irritabilité plus vive et plus exquise. Il serait naturel d'en conclure qu'il est le siége d'un plus grand nombre d'irritations, et cependant l'expérience apprend combien cette conséquence serait éloignée de la vérité. Les membranes muqueuses l'emportent certainement sur lui sous ce rapport. Une des raisons en est sans doute dans ce fait, que la plupart des impressions vives exercées sur la peau vont retentir sur d'autres systèmes, tels que les membranes muqueuses, séreuses, les ganglions lymphatiques, le cerveau, etc, avec bien plus d'énergie qu'elles n'agissent sur cette

membrane elle-même. La présence de l'épiderme contribue beaucoup à ce résultat, en modérant l'impression des agens extérieurs.

On a pris le type de l'inflammation dans celle de la peau et du tissu cellulaire (*érysipèle phlegmoneux*), parce que les caractères qu'on a coutume de lui assigner y sont évidens et en général assez prononcés. La *rougeur* y est vive; elle occupe une étendue variable, et est disposée par plaques uniques ou multipliées, de diverses grandeurs, arrondies ou irrégulières, ou par boutons, ou par points; la *tuméfaction* est considérable, pour peu que la phlegmasie soit intense; la *chaleur*, souvent appréciable au toucher, est ordinairement très-vivement perçue par le malade; enfin la *douleur* y présente ce caractère particulier, qu'elle donne presque toujours la sensation de la cuisson, de la brûlure. La démangeaison paraît en être le premier degré, et, ainsi que la cuisson, elle ne se fait jamais sentir qu'à la peau et aux origines des membranes muqueuses, dont la texture, comme on le sait, est peu différente.

D'autres phénomènes locaux accompagnent ordinairement les inflammations de la peau. Ainsi elles déterminent très-souvent une sécrétion plus ou moins abondante de sérosité, laquelle, dans l'érysipèle et le vésicatoire, soulève l'épiderme et se rassemble en ampoules ou phlyctènes; dans le zona, la suette, la gale, etc., se réunit en petites vésicules; dans la vaccine, la variole, la varicelle, s'élève en pustules et s'y convertit en pus véritable; et enfin dans les dartres et la teigne, suinte à la surface cutanée, et s'y concrète en écailles ou en croûtes. Tantôt limpide, inodore, incolore ou tout au plus légèrement citrine; on la voit aussi, épaisse, jaunâtre, odorante, et quelquefois fétide. Presque toujours elle se concrète avec assez de facilité; l'albumine en fait toujours la base.

Les phlegmasies cutanées se terminent souvent par *résolution*, et fréquemment alors la desquamation de l'épiderme en est un des effets. L'ulcération et la gangrène en sont beaucoup

plus souvent les suites que dans les autres tissus. Un autre caractère commun à la plupart d'entre elles consiste dans la propriété qu'elles ont de se transmettre par le contact. Plusieurs aussi, précisément parmi celles qui sont contagieuses, ont une marche fixe, déterminée, et une durée toujours la même.

Parmi les sympathies des phlegmasies cutanées, la plus remarquable et la plus constante est celle qu'elles exercent sur la membrane muqueuse des voies digestives. Toute stimulation un peu vive de la peau réagit à l'instant même sur cette membrane, et en produit la phlogose. Mais comme cette action est réciproque, et plus puissante même de la surface muqueuse sur la surface cutanée, on voit plus fréquemment encore l'inflammation de celle-ci dépendre de l'inflammation de celle-là. Souvent, au reste, dans l'état aigu comme dans l'état chronique, il est impossible de décider laquelle est primitive ou secondaire : mais, dans tous les cas, c'est toujours un moyen sûr de diminuer l'une que de calmer l'autre. C'est ici le lieu de faire remarquer que le rapport qui lie l'action de la peau à la membrane muqueuse gastro-intestinale est inverse de celui qui existe entre cette même surface cutanée et la membrane muqueuse pulmonaire. Ainsi, c'est sous l'influence de l'*augmentation d'action* de la peau que la membrane muqueuse gastro-intestinale se phlogose fréquemment, tandis qu'au contraire c'est par l'effet de sa *diminution d'action* que la membrane muqueuse pulmonaire s'irrite et s'enflamme presque toujours. Aussi verrons-nous l'action forte de la chaleur être une des causes fréquentes des phlegmasies gastro-intestinales, et le refroidissement de la peau produire, au contraire, très-souvent l'inflammation de la membrane muqueuse des voies aériennes.

En examinant la peau qui a été le siége d'une inflammation, on trouve le réseau capillaire injecté, rouge, et quelquefois brunâtre; le derme gorgé de sang, épaissi, facile à déchirer,

infiltré de pus si la phlegmasie a été chronique, et d'un fluide gélatiniforme, sanguinolent, après les phlegmasies pustuleuses (1).

Toutes les irritations cutanées, mais principalement les inflammations, peuvent donner lieu à l'engorgement des ganglions sous-jacens, ou qui sont placés à peu de distance; mais il faut convenir que cet engorgement est plus souvent produit par le refroidissement de la peau que par son irritation. Nous ferons remarquer à cette occasion que le froid, ce débilitant, ce sédatif par excellence, fait cependant toujours naître des irritations, lorsqu'il ne tue pas immédiatement les parties qu'il frappe. Son action première s'exerce toujours sur la peau, mais ses effets consécutifs se manifestent rarement sur cette membrane. S'il agit avec peu d'intensité, mais d'une manière continue, sur une peau fine que l'humidité atmosphérique relâche, et qui n'est qu'à peine et même nullement stimulée par l'action solaire, il en ralentit toutes les fonctions, surtout celle de la transpiration; mais c'est presque toujours au profit, s'il est permis de s'exprimer ainsi, des ganglions lymphatiques sous-jacens, qui s'engorgent, s'échauffent et deviennent douloureux. C'est de la sorte que naissent les tumeurs scrofuleuses, ainsi que nous l'avons déjà dit. S'il agit avec force, au contraire, d'une manière instantanée, et que la peau soit alors échauffée ou couverte de sueur, l'action vitale suspendue tout-à-coup dans cette membrane, augmente aussitôt et proportionnellement dans des parties qui deviennent aussi le siége d'une inflammation. Les phlegmasies des articulations, des poumons, des plèvres et du péritoine naissent presque toujours ainsi. Tout cela s'opère en vertu de cette loi que nous avons établie dans nos considérations générales, par laquelle l'action vitale augmente dans une partie du corps, en proportion de ce qu'elle

(1) Gendrin, *ouvrage cité*, tom. 1er, pag. 414 et suiv.

a diminué dans une autre avec laquelle elle est liée par des rapports sympathiques.

Les inflammations cutanées ne sont presque jamais graves par elles-mêmes ; celles qui sont aiguës, et plusieurs parmi les chroniques, cèdent aisément au traitement antiphlogistique ; et si quelques-unes résistent à cette foule de moyens empiriques qu'on dirige ordinairement contre elles, il est rare du moins qu'elles compromettent la vie des individus. Toutes ne deviennent graves, en général, que parce que l'irritation se communique aux organes importans de l'économie, et principalement à ceux de la digestion.

Les phlegmasies de la peau sont nombreuses et très-variées dans leurs formes. Pour mettre un peu d'ordre dans leur étude, nous les partagerons en *superficielles*, *profondes* et *circonscrites* ou *perpendiculaires*, *érythémateuses*, *pustuleuses* et *dartreuses*. La première section comprendra l'*érythème* et l'*érysipèle ;* la seconde, le *furoncle* ou *clou* et l'*anthrax ;* la troisième, l'*urticaire*, la *roséole*, la *rougeole* et la *scarlatine ;* la quatrième, le *pemphigus*, le *zona*, la *suette*, la *miliaire*, la *variole*, la *vaccine*, la *varioloïde*, la *varicelle* et la *gale ;* et la cinquième, les *dartres* et la *teigne* (1).

INFLAMMATIONS SUPERFICIELLES DE LA PEAU.

De l'érythème, de l'érysipèle et de l'érysipèle phlegmoneux (cutite).

L'érythème, l'érysipèle simple et l'érysipèle phlegmoneux ne sont, à proprement parler, que trois degrés différens de la même phlegmasie ; voilà pourquoi nous les réunissons dans une même description. Toute inflammation aiguë, mais légère, superficielle et passagère de la peau, a reçu le nom d'*érythème ;*

(1) Consultez le *Nouveau Traité théorique et pratique des Maladies de la peau*, par R. Rayer ; ouvrage dont nous ne saurions trop recommander la lecture aux personnes qui désirent se tenir au courant de la science.

plus intense, plus vive et plus durable, on la nomme *érysipèle ;* moins superficielle, occupant toute l'épaisseur du derme, et s'étendant même jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, elle a été appelée *érysipèle phlegmoneux.* Nous conserverons ces dénominations ; mais elles n'exprimeront pour nous que *premier, second* et *troisième degré* de l'inflammation aiguë de la peau ou de la *cutite.* (*Erysipelas, rosa, febris erysipelatosa, rubor, rubedo, rougeurs, efflorescences cutanées*, etc. des auteurs.)

Causes. Celles de l'érythème sont, comme lui, très-légères. Ainsi, on le voit naître sous l'influence du simple frottement prolongé de deux points de la surface cutanée, chez les personnes grasses, ou de celui qui est produit par un vêtement rude ou un corps dur. Il se développe aux grandes lèvres, aux fesses, à la partie supérieure des cuisses, par le contact de flueurs blanches, d'écoulemens vénériens trop âcres, et par celui des urines et des matières fécales. L'application sur la peau de substances âcres, comme le suc de certaines plantes, la moutarde, l'acide acétique, etc. ; la piqûre de quelques insectes ou celle d'un corps aigu quelconque ; la distension du derme par un amas considérable de sérosité dans le tissu cellulaire sous-jacent, comme dans l'œdème ou l'anasarque ; l'action de la chaleur, celle du froid, le produisent fréquemment. Le décubitus prolongé sur une même partie suffit pour le faire naître quelquefois. Enfin il dépend dans quelques cas, d'une irritation gastro-intestinale, ordinairement produite par l'ingestion de quelques substances, comme les moules, les œufs de barbeau, de brochet; les viandes, et principalement les poissons gâtés.

La plupart de ces causes peuvent, comme on le pense bien, produire l'érysipèle si elles agissent avec intensité ; mais celles qui le produisent le plus ordinairement sont : l'insolation, la piqûre avec des instrumens imprégnés de matières animales en putréfaction, l'inoculation de la variole ou de la vaccine, les panse-

mens d'une plaie avec des corps gras rances, une légère brûlure, etc.; en un mot, tout ce qui peut irriter la peau un peu fortement. Toutefois les érysipèles produits par ces sortes de causes sont peut-être moins fréquens encore que ceux qui dépendent de la phlegmasie des voies digestives; plusieurs en effet sont sympathiques de cette inflammation. On a remarqué que les gastro-entérites qui s'accompagnent ainsi d'érysipèle se développaient ordinairement sous l'influence d'une nourriture composée d'alimens gras et huileux, ou de l'usage des alliacés, des crucifères, ou des alimens très-épicés, ou de l'abus des liqueurs fermentées, ou enfin de l'ingestion de quelques coquillages bivalves, des crustacées, du frai, de quelques poissons, et des viandes putréfiées, comme nous l'avons vu pour l'érythème.

L'érysipèle phlegmoneux reconnaît toutes les causes précédentes; il se développe assez souvent, chez les individus prédisposés, à l'occasion d'une plaie contuse, surtout lorsqu'elle a son siége dans une partie où le tissu cellulaire sous-cutané est bridé par des aponévroses, comme au crâne et aux membres. Enfin il existe un érysipèle phlegmoneux, chronique, très-circonscrit, occupant les doigts ou les orteils, qui est toujours produit par le froid: il est connu vulgairement sous le nom d'*engelures*. Les femmes, dont la peau est plus fine et plus impressionnable que celle des hommes, sont aussi plus fréquemment affectées de cutite.

Symptômes. De la rougeur, de la chaleur, de la démangeaison, et quelquefois même de la cuisson, tels sont les caractères du premier degré de l'inflammation cutanée. Lorsque l'érythème dépend d'une irritation gastrique, la rougeur est ordinairement disposée par plaques d'un rouge plus ou moins vif, plus ou moins élevées au-dessus du niveau de la peau, plus ou moins larges, rondes, ovales ou irrégulières, disparaissant aussitôt qu'elles sont formées ou après plusieurs jours de durée, avec ou sans desquamation, suivant le degré d'in-

tensité et la durée de la phlegmasie gastro-intestinale. Il a ordinairement son siége à la face, sur le cou, les bras et la poitrine. On a vu l'érythème symptomatique occuper toute l'étendue de la peau. Le docteur Rayer, qui l'a observé plusieurs fois (1), dit qu'alors la rougeur de la peau est toujours superficielle, inégalement répartie, et quelquefois peu différente de la couleur naturelle de cette membrane. C'est le plus faible degré de l'*érysipèle général* dont M. Renauldin rapporte un exemple. M. Coutanceau en a également consigné une observation dans la première année des Mémoires de la Société médicale d'émulation.

La rougeur, la chaleur et la cuisson sont encore des symptômes de la cutite du second degré ou de l'*érysipèle*; mais ils sont plus prononcés que dans l'érythème, et sont en outre accompagnés d'autres phénomènes. La rougeur est plus ou moins foncée, depuis le rose vif jusqu'au rouge livide; elle est partielle, irrégulière, non circonscrite, luisante, et disparaît sous la pression du doigt pour reparaître promptement aussitôt qu'on le retire. Un sentiment de prurit, de picotement, de sécheresse et de tension douloureuse existe dans la partie; la chaleur, d'abord douce, y devient brûlante, et fait éprouver la sensation que produirait le contact de la vapeur de l'eau bouillante. Ces symptômes augmentent ordinairement pendant trois ou quatre jours, et assez souvent alors il se forme sur la surface enflammée de petites vésicules remplies d'une sérosité roussâtre, qu'accompagne un prurit insupportable. Quequefois ces pustules se succèdent pendant un temps plus ou moins long; enfin elles ont des formes et des grosseurs diverses, ce qui a fait créer les dénominations d'*érysipèle bulleux*, *vésiculeux*, *miliaire* et *phlycténoïde*.

Quand l'inflammation occupe toute l'épaisseur de la peau et le tissu cellulaire sous-jacent, elle prend, avons-nous dit, le

(1) *Dictionnaire de Médecine*, en 18 volumes, tom. VIII, pag. 292.

nom d'*érysipèle phlegmoneux*. Tous les symptômes du degré précédent existent encore, mais la douleur offre un caractère particulier; elle est pongitive au début, et devient pulsative si la suppuration s'établit dans la partie; il s'y joint en outre une tuméfaction plus ou moins considérable, que ne présente pas, en général, l'érysipèle proprement dit. Le tissu cellulaire sous-cutané, tuméfié par l'inflammation, soulève la peau, et donne lieu à une tumeur large, dure et profonde. Cette tumeur s'affaisse vers le cinquième ou sixième jour, et la peau, moins rouge et moins tendue, se recouvre d'écailles furfuracées, si la phlegmasie se termine par résolution; elle s'élève au contraire en pointe et se ramollit vers le centre, si la suppuration s'établit dans la partie. Dans ce dernier cas, suivant l'étendue qu'occupe l'inflammation, il en résulte, ou bien un abcès qui, après s'être ouvert ou avoir été incisé, donne issue au pus et se cicatrise en peu de jours; ou bien le pus fuse sous la peau et dans l'intervalle des muscles, qu'il dissèque, pour ainsi dire; et lorsqu'il se fait jour au-dehors, il entraîne des lambeaux plus ou moins considérables de tissu cellulaire gangrené, reconnaissables à sa couleur blanchâtre et terne. Les foyers de suppuration sont presque toujours alors multiples, la peau est percée de plusieurs ouvertures et décollée, et le pus souvent ichoreux et fétide. L'abondance de la suppuration finit presque toujours alors par conduire le malade au marasme et à la mort. Enfin il est une terminaison de l'érysipèle phlegmoneux beaucoup plus grave encore que celles que nous venons de décrire : c'est la terminaison par gangrène (improprement nommé *érysipèle charbonneux*, *gangréneux*). C'est vers le cinquième ou sixième jour environ qu'elle a lieu. On voit alors la peau devenir bleuâtre, violacée et insensible, se ramollir, se couvrir de phlyctènes remplies de sérosité rougeâtre, puis tomber par eschares, et laisser une plaie plus ou moins considérable.

Les symptômes de l'inflammation aigue de la peau présentent encore quelques particularités dépendant, soit du siége

qu'elle occupe sur les divers points de cette membrane, soit des circonstances dans lesquelles elle se développe, soit enfin de la cause qui la produit. Ainsi, dans l'*érysipèle de la face*, le plus fréquent et le plus grave de tous, les paupières sont œdémateuses, les yeux fermés et larmoyans, le nez enflé, les narines sèches, les lèvres boursoufflées, les oreilles rouges et luisantes, etc.; l'inflammation se propage quelquefois dans le pharynx et la caisse du tympan. Dans l'*érysipèle du derme chevelu*, les tégumens du crâne sont œdémateux, présentent de bonne heure une inflammation molle et pâteuse, sont peu rouges, et conservent long-temps l'impression du doigt, qui est toujours profonde; les douleurs sont très-vives, et le moindre contact les renouvelle; enfin la suppuration, la gangrène du tissu cellulaire sous-jacent, et la fétidité des matières purulentes, en sont les effets ordinaires; quelquefois les os du crâne sont dénudés. L'*érysipèle des mamelles* est presque toujours phlegmoneux, et accompagné d'un gonflement énorme; celui *de la région ombilicale*, chez les nouveau-nés, passe très-fréquemment à la gangrène; ceux *du scrotum*, *des grandes lèvres* et *des membres infiltrés des hydropiques*, sont toujours œdémateux, et se terminent souvent par la gangrène; enfin celui *des mains*, *des pieds*, *des oreilles* et *du bout du nez*, qui résulte de l'action du froid (engelures), est d'un rouge violet, ordinairement indolent, et produit très-facilement l'ulcération de la peau.

Tels sont les phénomènes locaux de la cutite aiguë; mais elle est très-souvent précédée ou accompagnée par les symptômes de l'inflammation des principaux viscères, et surtout de celle de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Assez fréquemment l'érysipèle dépend d'une gastro-entérite; son apparition est alors précédée, pendant trois à quatre jours, par les symptômes de cette phlegmasie, tels que, douleur à l'épigastre, dégoût, nausées, bouche amère, soif vive, langue blanche ou jaune au centre et rouge à ses bords et à sa pointe, lassitudes

spontanées, frissons, malaise, dureté et fréquence du pouls, chaleur âcre et mordicante de la peau, etc. (*érysipèle bilieux* des auteurs). Souvent aussi ces symptômes surviennent pendant son cours; c'est lorsqu'il occupe une grande surface et qu'il est arrivé à un certain degré d'intensité : il agit alors sur les voies digestives et en détermine sympathiquement la phlogose (*complication de l'érysipèle avec les fièvres essentielles des auteurs*). Cette gastro-entérite sympathique accompagne presque toujours l'érysipèle phlegmoneux, et lorsque celui-ci est très-intense, on voit souvent le délire, l'insomnie et les soubresauts des tendons se joindre aux symptômes gastriques. Enfin, dans l'érysipèle du plus haut degré, qui passe rapidement à la gangrène, les phénomènes gastriques et cérébraux sont des plus graves : la langue, d'abord humide, puis sèche et aride, se couvre d'un enduit jaune-verdâtre, brunâtre ou noir, les dents et les gencives deviennent fuligineuses, l'haleine est fétide, le malade vomit des matières vertes et brûlantes : il a de la diarrhée, ses déjections sont noires et fétides, son pouls est dur et fréquent. En même temps, il répond lentement et tardivement aux questions qu'on lui adresse, il éprouve des vertiges, des rêvasseries, un délire taciturne, des soubresauts dans les tendons; il tombe dans le coma et meurt. L'érysipèle de la face et celui du derme chévelu sont presque toujours accompagnés d'un peu de délire, quelquefois il est furieux; enfin, il provoque aussi parfois, comme les précédens, l'inflammation de l'encéphale et des voies gastriques.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. L'érythème paraît souvent pendant les paroxysmes des gastro-entérites, et s'efface dans l'intervalle; il est quelquefois régulièrement intermittent : souvent il est continu; il s'offre même toujours sous ce type lorsqu'il est le résultat des causes extérieures; il dure depuis quelques heures jusqu'à huit ou dix jours, et se termine toujours par délitescence ou par la desquamation de l'épiderme. L'érysipèle simple affecte presque toujours le type continu : on

l'observe cependant quelquefois sous le type intermittent. Souvent il semble ramper à la surface de la peau, ou bien il quitte une partie et reparaît sur une autre (*érysipèle ambulant*, *erratique*), ou enfin sa disparition est suivie de la phlegmasie d'un organe intérieur plus ou moins important (*érysipèle métastatique*); sa durée moyenne est de huit à neuf jours. Aucune inflammation de la peau n'a plus de tendance à disparaître d'une manière subite, mais c'est toujours, comme nous venons de le dire, pour se porter sur une autre partie. Son mode le plus ordinaire de terminaison est la résolution. Nous avons déjà fait connaître la marche et les terminaisons de l'érysipèle phlegmoneux : sa durée varie, suivant qu'il est plus ou moins intense; s'il se résout, elle est ordinairement de huit à neuf jours, comme pour l'érysipèle simple ; et s'il suppure, elle peut n'être que de douze à quinze jours, ou se prolonger pendant plusieurs mois. L'érythème n'est jamais grave ; l'érysipèle simple ne le devient que par les phlegmasies gastriques ou cérébrales qui l'accompagnent si fréquemment ; enfin l'érysipèle phlegmoneux l'est doublement, et par les désordres locaux qu'il entraîne, et par les phlegmasies des organes intérieurs qu'il provoque.

Caractères anatomiques. Presque toujours la peau qui vient d'être le siége d'un érysipèle perd sa rougeur après la mort; mais si on l'incise, on la voit infiltrée de sérosité sanguinolente ; elle est d'un rouge brunâtre, épaissie, et se déchire avec la plus grande facilité ; on la trouve infiltrée de pus s'il y a eu un commencement de suppuration. Ce liquide remplit également les aréoles du tissu cellulaire, ou existe rassemblé en petits foyers, à la suite de l'érysipèle phlegmoneux de moyenne intensité ; mais dans le plus haut degré de cette phlegmasie, le pus est peu consistant, grisâtre ou brun, plus ou moins fétide ; il s'étend en longues fusées sous les aponévroses; le tissu cellulaire mortifié est détaché par lambeaux ; les muscles sont disséqués et la peau se trouve décollée et amincie dans une plus

ou moins grande étendue. Lorsqu'il y a eu gangrène, la mortification s'étend souvent aux muscles, etc. Enfin on trouve en outre les traces des inflammations gastriques ou cérébrales dont on avait observé les symptômes pendant la vie.

Traitement. Le premier degré de la cutite, ou l'érythème, guérit souvent de lui-même en peu de jours. Il tend naturellement à se terminer par résolution, et ne réclame d'autres soins que l'emploi des moyens antiphlogistiques les plus simples, tels que les bains tièdes, les lotions émollientes avec l'eau de guimauve, de fleurs de sureau, etc., les compresses trempées dans l'eau végéto-minérale ; il suffit même quelquefois de saupoudrer la partie pendant un ou deux jours avec la poudre de lycopode. S'il est symptomatique d'une irritation des voies digestives, on a recours à la diète, aux boissons délayantes, etc. ; on traite en un mot la gastro-entérite par les moyens qui lui conviennent (*voyez* cette maladie) : car c'est elle qui est alors la maladie principale, et l'érythème doit à peine occuper l'attention. Il faut seulement veiller à ce qu'il ne disparaisse pas d'une manière subite, surtout s'il est un peu considérable.

L'érysipèle simple, qui n'est pas accompagné de gastro-entérite ou n'en a pas été précédé, s'il occupe un membre, peut sans inconvénient être abandonné à lui-même. Lorsqu'il a son siége à la face, on conseille généralement de l'attaquer vigoureusement dès le début par les saignées générales et locales, afin de le faire avorter, et de prévenir, dit-on, les inflammations cérébrales qu'il produit souvent lorsqu'on l'abandonne à lui-même. Nous ne partageons pas cette opinion, du moins quant à l'emploi des saignées générales ; nous avons vu trop fréquemment l'érysipèle de la face disparaître subitement après une saignée du bras, et les symptômes d'une inflammation des méninges se manifester immédiatement, pour ne pas regarder l'emploi de ce moyen comme dangereux, sinon dans tous les cas, du moins dans le plus grand nombre. Les saignées locales n'ont pas le même inconvénient, et il ne faut pas négliger d'y

avoir recours lorsque l'érysipèle de la face est très-intense. Mais, s'il est faible, le mieux est de n'y rien faire, et d'attendre la guérison, de la marche naturelle de la maladie. Lorsque l'on croit devoir agir, il faut donc se borner à l'emploi des saignées locales au début, et, quand les symptômes inflammatoires ont été suffisamment diminués par elles, avoir recours aux pédiluves irritans, aux sinapismes, et aux légers laxatifs si les voies digestives sont exemptes d'irritation.

L'érysipèle du tronc ou des membres peut très-bien être abandonné à lui-même lorsqu'il est peu intense; cela vaut certainement mieux que de le faire avorter en l'entourant de sangsues. Mais lorsqu'il est intense, comme on ne peut pas en prévoir les suites, il est toujours plus prudent de le combattre. La saignée du bras, s'il est très-étendu, et, dans les cas ordinaires, les saignées locales seulement autour des parties enflammées, les lotions répétées avec des décoctions de plantes émollientes et mucilagineuses, l'usage des boissons acidulées et un régime ténu, suffisent ordinairement pour en procurer la guérison en peu de jours. L'application des corps gras est toujours nuisible. Les bains émolliens, lorsque la partie enflammée le permet, soulagent toujours beaucoup, mais ils doivent être précédés de plusieurs émissions sanguines, si l'on veut que la disparition de la phlegmasie, qu'ils déterminent souvent, soit sans danger. Mais lorsque l'érysipèle dépend d'une gastro-entérite, ce qui est très-fréquent, aucun moyen ne doit être dirigé contre lui, il faut se borner à en écarter les irritans. Tous les efforts doivent tendre alors à la destruction de l'inflammation gastro-intestinale. Est-il besoin de dire que, s'il existe des symptômes d'irritation cérébrale, ce qui est assez fréquent dans les érysipèles de la face, c'est cette irritation qu'il faut combattre par les moyens appropriés? Si l'érysipèle est *ambulant*, s'il menace d'envahir successivement une grande partie de la peau, ou de durer long-temps, ou de s'étendre indéfiniment, il faut le fixer par l'application d'un vésicatoire à son

centre. Mais ce moyen, qui détermine toujours de vives douleurs, qui entraîne ordinairement la formation d'un abcès, enfin qui produit quelquefois la gangrène de la peau sur laquelle il est appliqué, ne doit être employé qu'avec réserve, et dans les cas seulement où l'extension de la phlegmasie peut avoir de graves inconvéniens pour le malade. Lorsque l'érysipèle occupe le derme chevelu, on fait cesser l'étranglement, les douleurs intolérables, et même le délire qui en sont les effets, par une large et profonde incision cruciale. Enfin l'érysipèle intermittent cède à l'administration du sulfate de quinine.

Il faut toujours tout tenter pour obtenir l'avortement de l'érysipèle phlegmoneux ; on doit le faire avec d'autant plus de confiance, que l'on n'a pas à craindre ici la délitescence. La saignée du bras, les applications réitérées de nombreuses sangsues près de la partie affectée, les bains, cataplasmes et fomentations émolliens et sédatifs, la diète et les boissons délayantes et acidulées, sont encore les seuls moyens de parvenir à ce but important. Que si, nonobstant leur emploi, l'empâtement de la partie fait reconnaître que la suppuration est formée, il faut, sans attendre que des points partiels de fluctuation viennent indiquer les lieux où le pus s'est rassemblé, et pendant que ce liquide est encore infiltré dans le tissu cellulaire, pratiquer des incisions profondes et nombreuses, qui facilitent le dégorgement, font cesser l'étranglement dans les parties où le tissu cellulaire est bridé par les aponévroses, et préviennent autant que possible la gangrène de ce tissu. Si, malgré tout, il se forme des collections purulentes, ou si quelques portions du tissu cellulaire ou de la peau se gangrènent, il faut ouvrir les abcès, extraire les lambeaux gangrenés à mesure qu'ils se détachent et viennent se présenter aux ouvertures, et faciliter le recollement de la peau amincie, par des pansemens compressifs, méthodiques, qui l'appliquent aux parties sous-jacentes, en laissant libres les ouvertures par lesquelles le pus doit toujours trouver une issue facile.

Lorsque dans les commencemens de l'érysipèle phlegmoneux on s'aperçoit qu'il continue à s'étendre indéfiniment, on ne doit pas balancer à appliquer au centre de la surface enflammée, un vésicatoire, un moxa, un cautère nummulaire rougi au feu, ou tout autre moyen fortement irritant. M. Dupuytren a retiré de grands avantages de l'emploi de ces moyens. (1) Enfin, M. Velpeau a prouvé dans ces derniers temps, par des expériences nombreuses, qu'on pouvait arrêter les progrès de l'érysipele phlegmoneux et en borner les ravages, par une compression méthodique de tout le membre enflammé. (2).

Inflammations profondes et circonscrites, ou perpendiculaires de la peau.

Du furoncle ou clou.

Les aréoles pyramidales ou coniques que présente le derme, sont remplies par des prolongemens du tissu cellulaire sous-jacent, destiné à accompagner les vaisseaux et les nerfs, qui de la face profonde se rendent à la face superficielle, pour former par leur entrelacement le corps muqueux de la peau. Le furoncle est l'inflammation de l'un de ces prolongemens celluleux. Cette inflammation se termine toujours par la gangrène du cône du tissu cellulaire et de l'aréole fibreuse qui le contient, et par leur expulsion simultanée sous forme d'une masse blanche et mollasse qu'on appelle *bourbillon*. La cause de cette terminaison constante par gangrène dépend de la résistance qu'oppose au développement du paquet cellulaire enflammé le tissu fibreux qui l'environne, d'où résulte un véritable *étranglement*. La gangrène des parois de l'aréole est l'effet de la distension violente qu'elles éprouvent.

(1) Patissier, *Essai sur l'érysipèle phlegmoneux*, in-4°. Paris, 1815.
(2) *Archives générales de Médecine*, tom. 16. Juin, 1826.

Causes. Toutes les causes d'excitation de la peau, et particulièrement les frictions avec les corps gras, l'application continue des onguens, le séjour sur la peau des corps qui finissent par y acquérir de la rancidité, la présence d'un séton, d'un vésicatoire, d'une plaie ancienne, l'existence de la gale ou de dartres, la malpropreté, et enfin un état d'irritation des voies gastriques, peuvent produire le furoncle.

Symptômes, marche, durée, terminaisons et *pronostic.* Il est rare qu'il n'existe qu'un seul furoncle à la fois; ordinairement on en compte en même temps plusieurs sur le même individu, mais à divers degrés de développement. On remarque que, dans ce dernier cas, un des furoncles est beaucoup plus considérable que tous les autres. Ils occupent principalement le dos, la nuque, les fesses, le ventre, les aisselles, les aines, les cuisses et les paupières. On reconnaît le furoncle à une tumeur d'un rouge très-vif et souvent violet, dure, conique, saillante, à base profonde, variable en grosseur depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une grosse noix, et très-douloureuse. On a comparé la douleur qui l'accompagne à celle que produirait une vrille qu'on enfoncerait, en tournant, dans la partie. Du quatrième au huitième jour cette tumeur s'élève en pointe, se ramollit et blanchit vers le sommet, puis se perce d'une ouverture très petite, qui laisse échapper une petite quantité de pus sanguinolent, et à travers laquelle on aperçoit le *bourbillon.* Celui-ci se détache du dixième au douzième jour, et sa chute, spontanée ou provoquée par la pression, laisse apercevoir une cavité cylindrique et béante qui traverse la tumeur du sommet à la base. Les douleurs cessent alors, la cavité s'efface, et la maladie, terminée du douzième au quinzième jour, et quelquefois plus tôt, ne laisse d'autre trace qu'une cicatrice enfoncée, indice de la perte de substance éprouvée par la peau. Cette maladie n'est jamais bien grave.

Traitement. Si l'on s'y prend dès le début on peut faire

avorter le furoncle en le cautérisant profondément avec la pierre infernale. Les bains tièdes et les cataplasmes émolliens, maturatifs, et narcotiques si les douleurs sont très-vives, sont à peu près les seuls moyens qu'on dirige contre cette affection lorsqu'elle est locale. Il est rare que la tumeur soit assez volumineuse et assez enflammée pour exiger l'emploi des saignées locales; cela arrive cependant quelquefois; mais il vaudrait peut-être mieux alors, si le malade y consentait, inciser profondément le furoncle du sommet à la base pour faire cesser l'étranglement, cause de tout le désordre. Les boissons délayantes et le régime conviennent dans les cas très-nombreux où les furoncles dépendent de l'irritation des voies digestives. Quand plusieurs furoncles se succèdent depuis long-temps chez un individu, et que les organes digestifs ne sont que médiocrement irrités, on ne parvient ordinairement à les faire cesser que par l'emploi d'un vomitif et surtout des purgatifs légers et continués pendant quelques jours, et dont l'action révulsive détruit cette espèce de tendance de la peau à reproduire indéfiniment ces petites phlegmasies.

De l'orgelet ou orgeolet.

On nomme ainsi le furoncle des bords libres des paupières, principalement de la supérieure. Comme tous les furoncles, l'orgelet est ordinairement symptomatique d'une irritation des voies gastriques. M. Demours l'a vu précéder chaque invasion périodique d'une affection pédiculaire dont une jeune personne était atteinte. Il peut être aigu ou chronique. Dans le premier cas, il se présente sous la forme d'une tumeur du volume *d'un grain d'orge*, d'un rouge livide, accompagné de douleurs vives et d'une tuméfaction considérable de la paupière, tumeur qui, au bout d'un temps plus ou moins long, s'abcède, s'ouvre, et laisse échapper un bourbillon fort petit dont la chute est suivie de la cessation de

tous les symptômes. Il n'est pas rare de voir la tumeur s'enflammer et disparaître plusieurs fois avant que ce bourbillon se forme et se détache définitivement. Dans le second cas, la maladie est beaucoup moins douloureuse, et consiste dans une petite tumeur dure, rouge et presque indolente, mais qui, après avoir persisté pendant plusieurs mois dans cet état, finit presque toujours par s'enflammer avec force, et suit alors la marche de l'orgelet aigu. Lorsque la tumeur fait plus de saillie à l'extérieur que du côté de l'œil, elle gêne peu la vision; mais dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsqu'elle fait une forte saillie vers la face oculaire de la paupière, non-seulement elle gêne alors la vision, mais encore elle peut enflammer l'œil en l'irritant mécaniquement par les frottemens qu'elle exerce sur lui.

Le traitement de l'orgelet aigu consiste en des applications de cataplasmes faits avec de la pulpe de pomme de rainette cuite et aplatie entre deux linges, dans des lotions et des bains émolliens; et celui de l'orgelet chronique dans l'application d'une mouche de diachylum gommé sur la tumeur, jusqu'à ce qu'elle s'enflamme et prenne le caractère aigu.

En général, il faut abandonner à elle-même la chute du bourbillon. L'expérience a prouvé que les incisions réussissent mal, et entretiennent presque toujours la maladie, au lieu d'en accélérer la guérison.

L'orgelet est une maladie sujette à récidiver, tant que la cause intérieure qui y a donné lieu persiste, et l'on doit tout faire pour écarter cette cause.

De l'anthrax.

L'anthrax n'est pas une maladie essentiellement différente de la précédente, ce n'est, à proprement parler, qu'une agglomération de furoncles. Nous le définirons donc : l'inflammation simultanée d'un plus ou moins grand nombre des paquets

coniques de tissu cellulaire renfermés dans l'épaisseur du derme. Il n'est question ici que de l'anthrax *bénin* des auteurs, l'anthrax *malin* sera décrit à l'article *charbon*.

Causes. Elles sont les mêmes que pour le furoncle isolé.

Symptômes, *marche*, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Les parties de la peau qu'occupe ordinairement l'anthrax sont celles où cette membrane a le plus d'épaisseur et renferme les paquets celluleux les plus considérables, tels que la nuque, le dos, les parois du thorax et de l'abdomen, les épaules, les fesses et les cuisses. On a partagé en quatre périodes la marche des symptômes de cette maladie.

Première période, dite d'*invasion*. Très-fréquemment après quelques jours de soif, d'inappétence, d'enduit muqueux de la langue, de malaise, etc., d'irritation gastrique en un mot, et quelquefois sans que ces symptômes aient précédé, il apparaît sur l'une des parties indiquées une tumeur inflammatoire, hémisphérique, circonscrite, tendue et dure, très-douloureuse, d'un rouge livide, accompagnée d'un sentiment de chaleur brûlante, et dont le volume devient quelquefois énorme en sept à huit jours. A mesure que cette inflammation se développe, elle réagit sur le cœur et les voies gastriques, et en détermine l'irritation ou l'augmente si elle existait déjà.

Deuxième période, dite de *suppuration* et de *formation des eschares*. La suppuration s'établit, et la gangrène frappe le tissu cellulaire étranglé et les aréoles du derme. Le pus se fait d'abord jour à travers le sommet de chacune de ces espèces d'alvéoles de la peau, qui contiennent les paquets celluleux enflammés; cette membrane s'ulcère et se perfore du dedans au dehors, et le sommet de la tumeur se trouve bientôt percé d'un grand nombre de petites ouvertures, à travers lesquelles on fait sortir, par la pression, autant de gouttelettes de pus. La gangrène s'empare des cloisons fibreuses des alvéoles, les intervalles qui séparent les ouvertures disparaissent; la peau est détruite, et l'on n'aperçoit plus qu'une eschare épaisse,

blanchâtre ou grisâtre, et baignée par une suppuration abondante. Cette eschare, formée par tous les flocons celluleux et par les cloisons fibreuses mortifiées, exhale une odeur fétide, mais qui diffère de celle des matières animales en putréfaction. La douleur, la chaleur générale, la soif, le malaise et l'accélération du pouls diminuent.

Troisième période, dite de *détersion*. Le pus sort par la pression du fond et du pourtour de l'ulcère; l'eschare se cerne, se détache, tombe par lambeaux, et laisse une large plaie avec perte de substance, au fond de laquelle on voit quelquefois les aponévroses à nu, parfois perforées, et le pus sortant par les ouvertures qu'elles présentent. La peau est décollée, amincie et bleuâtre, sur les bords de l'ulcère; et, dans une plus ou moins grande étendue, elle n'est plus susceptible de se réunir aux parties sous-jacentes.

Quatrième periode, dite de *cicatrisation*. Le fond de l'ulcère se couvre de bourgeons charnus, les bords de la plaie se recollent, la suppuration diminue peu à peu, et la cicatrice s'opère tant par le rapprochement des bords de la plaie que par la formation d'un tissu nouveau.

Les trois premières périodes ont une durée à peu-près égale, de huit à dix jours pour chacune, mais celle de la dernière est illlimitée et dépend de l'étendue de la perte de substance que la peau a éprouvée. Le pronostic de l'anthrax varie. En général, quand il n'y a qu'une seule de ces tumeurs et que son volume ne dépasse pas celui d'un œuf de poule, les suites n'en sont pas graves; mais lorsque la tumeur est très-volumineuse, ou qu'il en existe plusieurs, le malade peut périr immédiatement par l'effet de la gastro-entérite, qui produit ou augmente nécessairement la violence de la phlegmasie cutanée, ou bien consécutivement, par suite de l'épuisement qu'entraîne l'abondance de la suppuration, et par l'impossibilité de la réparation des tégumens qui ont été détruits.

Traitement. Lorsque l'anthrax est encore peu volumineux,

on peut, s'il n'a pas été précédé de symptômes d'irritation gastrique, tenter de le faire avorter par l'application de nombreuses sangsues, dont on fait abondamment saigner les piqûres. Mais on doit peu compter sur ce moyen, et sur les topiques émolliens et narcotiques, que l'on emploie aussi quelquefois. Les bains, plus utiles, sont cependant encore d'un faible secours. Le but du médecin doit être de faire cesser l'inflammation et l'étranglement du tissu cellulaire, afin d'en prévenir la gangrène; le meilleur moyen d'y parvenir consiste dans des incisions qui se croisent au centre de la tumeur, la divisent dans toute sa largeur et même un peu au-delà de sa circonférence, du sommet à la base, et dans toute sa profondeur. Le plus petit anthrax exige toujours qu'on pratique deux incisions qui le divisent en quatre parties; et le volume de la tumeur peut en exiger jusqu'à cinq à six. Ces incisions font cesser l'étranglement; la perte de sang qui les suit diminue l'inflammation; elles préviennent la gangrène de la peau et celle des paquets celluleux dans lesquels elle n'est pas encore déclarée; elles facilitent l'issue du pus et des bourbillons frappés de mort; elles font cesser très-promptement la douleur locale et les phénomènes généraux qui s'étaient développés; enfin elles abrègent singulièrement la durée de la maladie. Le pansement se compose de pressions qu'on exerce tous les jours sur les lambeaux afin d'en expulser le pus et les bourbillons qui sont détachés, et de l'application de plumasseaux de charpie enduits de quelque corps gras, le digestif simple, par exemple, ou imbibés d'une liqueur légèrement aromatique et recouverts de cataplasmes émolliens. Lorsque la détersion de la plaie est opérée, on ne doit plus employer que les bandelettes de cérat et la charpie sèche.

Lorsqu'au début de l'anthrax, la langue est jaune ou muqueuse au centre et à peine rouge à son limbe, la bouche amère, l'appétit nul, et qu'il y a des nausées, si en même temps la soif est peu prononcée, le pouls peu fréquent et la chaleur

de la peau peu considérable, on administre avec avantage un vomitif ou un purgatif. Mais lorsque les signes d'irritation gastrique sont très-prononcés, les boissons délayantes, acidules, nitrées et la diète sont préférables. Enfin, pendant tout le temps de la violence de l'anthrax il faut encore recourir aux boissons délayantes, à la diète, aux bains et aux lavemens émolliens, pour combattre la gastro-entérite concomitante. Si cette phlegmasie était très-intense, il faudrait même l'attaquer par des évacuations sanguines épigastriques.

Inflammations érythémateuses de la peau.

De l'urticaire.

L'urticaire consiste dans une éruption subite de tubercules aplatis, de formes irrégulières, d'un rouge pâle, durs, causant une vive démangeaison, comparables enfin à ceux que fait naître la piqûre de l'ortie : c'est même de cette ressemblance que la maladie tire son nom. On l'observe surtout chez les jeunes gens, à l'époque de la puberté. L'éruption se fait ordinairement le matin ; elle disparaît presque toujours au bout de quelques heures et souvent plus vite ; revient rarement plus de deux à trois fois dans le même jour, et cesse de se montrer après quatre, six ou huit jours. En général, elle n'est accompagnée que de symptômes gastriques très-légers, tels qu'un peu de gêne et de pesanteur à l'épigastre, qui se font davantage sentir pendant que l'éruption est disparue. Dans quelques cas, rares cependant, l'irritation gastrique est plus prononcée. Il suffit pour guérir cette affection de faire prendre de la limonade ou toute autre boisson de ce genre au malade, et de lui recommander la sobriété et l'abstinence des alimens excitans pendant quelques jours.

De la rougeole.

La rougeole consiste dans une éruption de taches rouges, semblables à des morsures de puces, presque constamment précédée et souvent accompagnée de l'inflammation des membranes muqueuses, et surtout de celle des voies digestives.

Causes. Cette phlegmasie est produite par une cause dont la nature est inconnue; on croit qu'elle se transmet par contagion d'un individu à un autre; on l'observe ordinairement sur de jeunes enfans, quoiqu'on puisse la contracter à tout âge; elle attaque rarement deux fois le même individu, cependant on en a vu qui l'ont eue jusqu'à trois fois; elle règne ordinairement au printemps, et presque toujours épidémiquement.

Symptômes. Elle commence d'abord par des alternatives de frissons et de chaleur, du malaise, des lassitudes dans les membres, et de la douleur de tête. Bientôt le pouls s'accélère; la peau devient brûlante et sèche, surtout à l'épigastre; la langue est rouge sur les bords et à la pointe; la soif se fait sentir; des nausées, et quelquefois des vomissemens, se déclarent, et l'épigastre est parfois douloureux. Le second jour, tous ces symptômes s'accroissent, et de plus les yeux deviennent rouges et larmoyans; le malade éternue souvent; il éprouve du prurit dans les fosses nasales; un écoulement de mucus limpide se fait par le nez; la gorge est douloureuse; une toux plus ou moins violente se manifeste. Il n'est pas rare, chez les très-jeunes enfans, de voir l'assoupissement, et même des convulsions, se joindre à ces phénomènes. Le troisième jour, l'intensité des symptômes va toujours croissant; mais, vers le quatrième, de petites taches rouges, semblables à des morsures de puces, apparaissent d'abord sur le visage; elles se répandent successivement sur la poitrine et les bras, et enfin envahissent toute l'étendue de la peau; leur sortie est presque toujours accompagnée d'une vive démangeaison et de chaleur

brûlante. Dès que l'éruption est achevée, la fréquence du pouls, la chaleur, la soif, la rougeur des yeux, le coryza, le mal de gorge, etc., diminuent considérablement d'intensité et même disparaissent quelquefois complètement; l'oppression et la toux seules persistent chez quelques individus. A mesure que les taches s'agrandissent, elles se réunissent en plaques irrégulières, particulièrement à la face, et dépassent un peu le niveau de la peau : c'est plutôt au toucher qu'à la vue que l'on s'aperçoit qu'elles proéminent. Après trois à quatre jours de durée, c'est-à-dire vers le sixième ou septième jour de la maladie, ces taches commencent à pâlir dans l'ordre de leur éruption, celles de la face les premières par conséquent; puis successivement, le huitième jour, celles des autres parties du corps. La peau devient rugueuse, et l'épiderme se détache par écailles. S'il reste encore à cette époque de la fréquence dans le pouls, de la chaleur et de la toux, tout cela disparaît en général du neuvième au onzième jour; quelquefois les symptômes de l'irritation pulmonaire se prolongent, et peuvent avoir des suites fâcheuses. Chez d'autres enfans, ce sont des ophthalmies rebelles, des furoncles, des engorgemens des ganglions lymphatiques sous-cutanés, qui succèdent à la rougeole.

Marche, durée, terminaisons et *pronostic*. La marche de cette phlegmasie, telle que nous venons de la tracer, est la plus ordinaire, mais elle n'est pas constante; l'éruption se fait quelquefois plus tôt, d'autres fois plus tard; les taches, ordinairement d'un rouge vif, sont, dans quelques cas, pâles, livides ou noires, ce qui, en général, est d'un mauvais augure; des symptômes graves de pneumonite se manifestent quelquefois; enfin, la phlegmasie des voies digestives peut être portée au plus haut degré d'intensité, et empêcher que l'éruption soit complète. La rougeole doit d'autant plus inspirer de craintes, que les sujets qu'elle atteint sont plus jeunes; elle est grave à l'époque de la dentition; elle l'est aussi chez

les femmes enceintes ou nouvellement accouchées ; elle l'est encore chez les adultes en général, et chez tous les individus atteints depuis long-temps d'une affection chronique des organes pectoraux ; mais on ne doit pas perdre de vue que ce n'est jamais l'éruption qui compromet la vie, mais bien les phlegmasies des organes intérieurs qui l'accompagnent ou lui succèdent.

Caractères anatomiques. Les traces de gastro-entérite, de pneumonite ou de pleurite que l'on rencontre le plus communément dans les cadavres des individus qui ont succombé à la rougeole, ne diffèrent en rien de celles qu'on rencontre à la suite de ces mêmes phlegmasies qui ne sont pas accompagnées d'éruption cutanée ; nous les décrirons par conséquent en traçant l'histoire de ces inflammations. Le réseau capillaire de la peau est probablement injecté ; nous n'avons pas eu d'occasion de nous en assurer.

Traitement. Lorsque les symptômes de gastro-entérite et de l'irritation des autres membranes muqueuses sont peu intenses, et que l'éruption parcourt avec facilité et avec régularité ses périodes, le traitement de la rougeole est des plus simples. Placer le malade au milieu d'une température ni chaude ni froide ; le couvrir assez pour le préserver du froid sans le fatiguer d'une chaleur incommode ; le maintenir à la diète ; lui faire prendre des boissons tièdes et légèrement diaphorétiques, comme l'infusion de bourrache ; administrer quelques cuillerées de looch contre la toux, si elle fatigue, ou prescrire l'inspiration d'une vapeur émolliente qui remédie en même temps au coryza et au mal de gorge ; enfin, garantir les yeux d'une lumière trop vive, tels sont les moyens qu'il faut employer contre cette affection. Mais quand, au contraire, la gastro-entérite ou la pneumonite sont un peu vives, il faut, sans hésiter, attaquer ces phlegmasies par les moyens qui leur conviennent. (Voyez leur histoire.) Il est rare d'ailleurs qu'on ait la certitude qu'une éruption doit se faire, et le plus prudent est de se

comporter comme si elle ne devait pas avoir lieu. En outre, le meilleur moyen de la favoriser est de faire cesser les inflammations intérieures ; on voit fréquemment, en effet, une application de sangsues à l'épigastre, dans le cas de gastro-entérite, ou une saignée du bras, lorsque la pneumonite prédomine, être immédiatement suivies de l'éruption. On doit agir, en un mot, contre toutes les phlegmasies qui précèdent, accompagnent ou suivent la rougeole, pour peu qu'elles soient intenses, comme si cette éruption n'existait pas. Depuis que nous avons adopté cette méthode de traitement, il ne nous est pas encore arrivé de voir la rougeole suivie d'accidens fâcheux. C'est, au reste, le même précepte donné par les anciens, de combattre toutes les *fièvres essentielles* et inflammations qui venaient compliquer la rougeole, sans s'occuper de l'éruption. Lorsque celle-ci vient à disparaître tout à coup, il faut s'assurer si cet effet est dû à une augmentation subite de l'une des inflammations intérieures, ou bien s'il a été produit par le froid. Dans le premier cas on combattra directement la phlegmasie, et dans le second on pourra plonger le malade dans un bain tiède ; dans l'un et dans l'autre, on aura recours avec avantage aux sinapismes, ou aux vésicatoires aux jambes ou à la nuque. Enfin, quand les taches sont pâles ou d'un rouge livide, que les signes d'irritation interne sont peu prononcés, que le sujet est faible, la langue pâle, le pouls petit et misérable, la peau à peine chaude, on ne doit pas balancer à prescrire les toniques, tels que le vin, la décoction de quinquina, le camphre, dont on suspendra l'emploi aussitôt qu'on aura obtenu l'effet désiré. Les rubéfians de la peau sont encore d'un grand secours dans ces circonstances ; mais il ne faut pas confondre ce cas avec celui dans lequel les taches étant également pâles ou livides, il existe en même temps des signes d'inflammation interne bien prononcés ; il y aurait alors le plus grand danger à user des stimulans. La méthode anti-phlogistique est ici la seule convenable.

De la roséole (1).

On trouve décrite dans les auteurs, sous les noms de *fausse rougeole*, *roséole*, etc., une éruption qui ne nous paraît différer de la rougeole que par le degré; elle semble être à cette maladie ce que la varicelle est à la variole.

La roséole se montre dans toutes les saisons, mais principalement en automne; elle attaque tous les âges, mais surtout les enfans; toute irritation de la peau peut la produire; en général, elle se développe sans cause connue. Elle consiste dans une éruption de taches à peu près semblables à celles de la rougeole, mais plus larges, plus irrégulières, et séparées par des intervalles nombreux où la peau conserve son état naturel, ou dans des taches roses circulaires ou ovales, qui augmentent successivement jusqu'à ce qu'elles aient acquis six à huit lignes de diamètre, ou bien enfin elle se montre sous la forme d'anneaux colorés en rose, avec des aires centrales de la couleur ordinaire de la peau (Rayer). Son apparition est quelquefois précédée, accompagnée, suivie d'une légère gastro-entérite. Elle n'occupe souvent que le cou, le visage et les membres inférieurs; quelquefois cependant elle envahit toute la peau en vingt-quatre ou quarante-huit heures; un peu de démangeaison l'accompagne; elle est quelquefois entièrement terminée en trois jours; presque jamais elle ne se prolonge au-delà de ce terme. Sa disparition subite aggrave toujours l'inflammation interne qui l'accompagne; souvent c'est l'accroissement de cette inflammation elle-même qui fait disparaître l'éruption. Elle n'est pas contagieuse, et peut se reproduire plusieurs fois; elle n'entraîne aucun danger; son traitement est le même que celui de la rougeole. Confondue souvent avec celle-ci par les auteurs, elle leur a fait dire que la rougeole pouvait attaquer le même individu un nombre de fois indéterminé.

(1) Rayer, *ouvrage cité*, page 43 et suivantes.

De la scarlatine.

Cette phlegmasie se reconnaît à des plaques larges, un peu élevées au-dessus du niveau de la peau, d'un rouge écarlate, dont l'éruption est toujours précédée de phlegmasie gastro-intestinale, et souvent de pharyngite.

Causes Elles sont aussi peu connues que celles de la rougeole. De même que cette affection, elle est contagieuse, attaque l'enfance beaucoup plus fréquemment que les autres âges de la vie, se manifeste rarement plus d'une fois sur le même individu, et règne presque toujours d'une manière épidémique; mais les circonstances atmosphériques dans lesquelles elle se développe ne sont pas les mêmes que pour la rougeole. En effet, on l'observe le plus souvent vers le commencement de l'hiver et pendant toute cette saison, lors des vicissitudes atmosphériques, et lorsque la température est humide, froide et nébuleuse, ou lorsque des pluies abondantes sont immédiatement suivies d'une grande chaleur.

Symptômes. Les mêmes symptômes de gastro-entérite qui marquent l'invasion de la rougeole précèdent aussi la scarlatine pendant trois ou quatre jours; il s'y joint presque constamment les signes d'une pharyngite plus ou moins violente; mais on n'observe pas, comme dans la rougeole, d'ophthalmie ni de coryza, et rarement de la toux. Le troisième ou quatrième jour, et quelquefois plus tard, jusqu'au huitième ou neuvième, car l'époque de l'éruption est moins constante dans la scarlatine que dans la rougeole, il paraît sur la peau des taches rouges, plus larges et d'un rouge plus vif que celles de la rougeole. Elles se montrent d'abord à la face et au cou, puis successivement à la poitrine, aux bras, au ventre et aux extrémités inférieures, s'étendent promptement en larges plaques, qui ne tardent pas à se confondre, et donnent à toute la surface de la peau l'aspect de l'écarlate. Les mains et les pieds sont souvent gonflés, douloureux, et plus rouges que les

autres parties du corps ; la face et les paupières sont quelquefois bouffies. Il est rare que les symptômes de gastro-entérite diminuent après l'éruption, tandis qu'ils disparaissent presque toujours après la sortie de la rougeole. Enfin, vers le quatrième jour de l'éruption, l'épiderme se détache par écailles et par longues lames sur les pieds et les mains; et si, à cette époque, on ne préserve avec beaucoup de soin le malade du contact de l'air frais, il ne tarde pas à être affecté d'anasarque, quelquefois d'ascite, d'hydro-thorax ou d'hydro-céphale. Plus l'éruption a été abondante, et plus ces accidens sont à redouter.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La marche de la scarlatine n'est pas toujours telle que nous venons de la tracer : quelquefois l'éruption se fait difficilement et incomplètement; d'autres fois elle paraît et s'efface alternativement, ce qui est d'un mauvais augure ; enfin, les taches sont, dans quelques circonstances, livides et mêmes brunes, ce qui est bien plus grave encore. Les phlegmasies des organes intérieurs sont parfois des plus intenses. Sa durée moyenne est de dix à douze jours ; mais lorsqu'après la desquamation il survient un des accidens dont nous avons parlé, elle peut se prolonger indéfiniment. Elle se termine le plus fréquemment par la desquamation de l'épiderme, suivie du retour à la santé; mais assez souvent la mort en est la suite. Le danger ne vient jamais de l'éruption, mais de la phlegmasie pharyngienne et gastro-intestinale qui la précède et l'accompagne, ou des hydropisies qui succèdent à la desquamation.

Caractères anatomiques. Ceux de la peau consistent dans l'injection rouge et l'infiltration séreuse de cette membrane. La rougeur, le gonflement et la perte de cohésion de la membrane muqueuse du pharynx, de l'estomac et des intestins, attestent l'inflammation qui a existé dans ces parties pendant la vie. On trouve des épanchemens de sérosité limpide dans le tissu cellu-

laire, le péritoine, la plèvre ou l'arachnoïde, s'il y a eu anasarque, ascite, hydro-thorax ou hydro-céphale.

Traitement. Les mêmes préceptes de traitement que nous avons tracés pour la rougeole sont exactement applicables à la scarlatine. Ainsi, combattre par les moyens qui leur sont propres toutes les phlegmasies qui précèdent, accompagnent ou suivent l'éruption, sans s'occuper de celle-ci lorsqu'elle parcourt régulièrement ses périodes, autrement que pour la faciliter par l'action d'une température douce et uniforme, tel est le principal de ces préceptes. Viennent ensuite, comme pour la rougeole, ceux de rappeler l'éruption par les bains et les rubéfians de la peau, lorsqu'elle est disparue; de la fixer, pour ainsi dire, à la peau par les vésicatoires, lorsqu'elle paraît et s'efface alternativement; enfin de stimuler les voies digestives, lorsque la phlegmasie cutanée est pâle, livide ou brune. Comme dans la rougeole enfin, si ces accidens de l'éruption dépendent de l'accroissement alternatif ou continu de la phlegmasie intérieure, le meilleur moyen d'y remédier est de diminuer et détruire cette phlegmasie. Enfin, il faut prendre toutes les précautions possibles pour préserver le malade d'anasarque, et à cet effet on doit le préserver du froid lors de la desquamation de l'épiderme, frictionner la peau avec des flanelles sèches et chaudes, ou imprégnées d'une vapeur aromatique, et administrer quelques bains tièdes. Si, malgré l'emploi de ces moyens, l'hydropisie a lieu, on la combat par les diurétiques et les sudorifiques, pourvu que les voies gastriques soient exemptes d'irritation.

Inflammations pustuleuses de la peau.

Du pemphygus.

C'est une éruption de pustules vésiculeuses, semblables à celles de l'érysipèle, de la grosseur d'une noisette à peu près,

remplies de sérosité jaunâtre, et placées sur un fond rouge et enflammé. Les causes en sont inconnues. On l'a vu congénial (1). L'apparition de ces pustules est ou n'est pas précédée de symptômes de gastro-entérite; quelquefois il n'y a qu'une pustule unique, dont l'étendue peut être très-considérable, puisqu'on l'a vue couvrir une surface de vingt pouces de diamètre. Il y a toujours une douleur et une cuisson très-vives à la peau au-dessous de chaque pustule. En trois ou quatre jours elles sont quelquefois toutes disparues; mais souvent elles se succèdent en plus ou moins grand nombre pendant un mois et plus. On les a vues revenir d'une manière périodique. Lorsqu'une vésicule crève, on voit au fond une surface blanche, grise ou brune, et dans quelques cas gangréneuse : la durée de chaque pustule est de trois à quatre jours. Si le pemphygus est local et non accompagné de symptômes d'irritation gastrique, on enduit le pourtour des pustules avec du beurre frais ou du cérat; on recouvre la partie qu'elles occupent d'un cataplasme émollient, si cela est possible; on prescrit des bains, un régime doux, et l'usage d'une boisson délayante ou acidule. Lorsqu'il résulte de la rupture des vésicules des ulcérations douloureuses et opiniâtres, on les panse avec de la graisse dans laquelle on a fait bouillir des feuilles de grande scrophulaire, ou rendue narcotique par l'addition de pavot, d'opium, etc. On a quelquefois beaucoup de peine à débarrasser les malades de cette sorte de pemphygus chronique. Gilibert (2) en rapporte une observation très-curieuse, dans laquelle on voit la maladie se prolonger pendant deux mois et demi, et entraîner la mort de la malade. Quand il existe en même temps que les pustules des symptômes de gastro-entérite, on traite cette phlegmasie par les moyens appropriés, et celle de la peau par ceux précédemment indiqués. Lorsqu'il y a disposition à la gangrène, il faut

(1) Lobstein, *Journal complémentaire du Dictionnaire des Sciences médicales*, tom. VI.

(1) *Monographie du Pemphygus*, in-8°. Paris, 1813.

avoir recours aux toniques ; si des symptomes de scorbut existent en même temps, les végétaux frais conviennent ; enfin on emploie avec succès le quinquina contre le pemphygus périodique.

Du zona ou zoster.

Une éruption successive de taches rouges, surmontées de vésicules transparentes et de pustules blanches et rouges, disposées en demi-ceinture depuis la colonne vertébrale jusqu'à la ligne médiane antérieure, autour du thorax ou de l'abdomen, avec ardeur et vive démangeaison de la peau, quelquefois avec symptômes de gastro-entérite ; cette éruption, disons-nous, a reçu le nom de *zona*. Ces pustules se succèdent et se remplacent pendant vingt-cinq, trente et même quarante jours ; elles laissent souvent après elles des douleurs vives dans la peau, contre lesquelles l'art est impuissant, et qui durent presque toujours fort long-temps. Les causes spéciales de cette affection ne sont pas connues ; elle est très-incommode, mais jamais dangereuse. L'emploi des topiques est plus nuisible qu'utile dans cette phlegmasie ; on se borne ordinairement à saupoudrer de farine ou d'amidon la partie qui en est le siége, et à prévenir le frottement des vêtemens par l'application d'un linge de toile fine et usée. S'il existe des symptômes de gastro-entérite, on les combat par les anti-phlogistiques. On trouve dans tous les auteurs le précepte de combattre la *disposition bilieuse* par les vomitifs ; il est plus rationnel et plus utile de diminuer beaucoup les alimens du malade, de ne lui en permettre que de doux, choisis principalement et même exclusivement dans le règne végétal; de le mettre à l'usage des boissons acidulées, et de le priver de tous les stimulans, surtout spiritueux. Nous avons eu plusieurs occasions d'observer le zona depuis quelques années, et nous en avons toujours abrégé la durée, en faisant pratiquer, au début, une ou deux applications de sangsues.

à l'anus, et en maintenant les malades au régime indiqué ci-dessus.

De la suette.

Éruption cutanée de petites granulations dures, rouges, coniques, qui rendent la peau rugueuse au toucher, précédée de sueurs et de gastro-entérite, et quelquefois suivie de la desquamation de l'épiderme, *suette miliaire, suette picarde* (1).

Causes. Elles sont peu connues; l'air humide, le voisinage des marais et l'habitation des vallées basses et humides paraissent en être les principales. Elle règne toujours d'une manière épidémique; plusieurs auteurs la regardent comme contagieuse: M. Rayer partage cette opinion.

Symptômes et *marche*. On observe ordinairement au début un sentiment de lassitude, de la céphalalgie, des sueurs copieuses et souvent fétides, la fréquence du pouls, la chaleur de la peau et une sorte de constriction à l'épigastre; la bouche est pâteuse, la langue couverte d'un enduit blanc-sale, la soif peu vive; il y a inappétence et constipation. Chez quelques individus, les symptômes d'irritation gastrique manquent complètement, et la sueur et l'éruption existent seules; chez d'autres, au contraire, ils sont plus violens que nous ne les avons décrits, et alors l'épigastre est douloureux, des battemens isochrones à ceux du pouls s'y font sentir; la soif est vive, la chaleur considérable, la langue rouge à son lymbe; il y a des nausées et des vomissemens: rarement il s'y joint des phénomènes cérébraux produits par la lésion directe de l'encéphale; ils sont presque toujours sympathiques. Vers le troisième jour, il se fait à la peau une éruption de boutons miliaires rouges et coniques, dont le sommet blanchit quelque temps avant qu'ils s'effacent.

(1) Voyez l'excellente *Histoire de l'épidémie de suette miliaire* qui a régné en 1821 dans les départemens de l'Oise et de Seine-et-Oise, publiée par P. Rayer, docteur en médcine, etc.

Quelquefois cette éruption consiste dans de petits boutons perlés, d'autres fois elle est formée par de petites vésicules arrondies et remplies de sérosité d'abord limpide ; enfin, dans quelques cas, on rencontre les trois espèces de boutons réunies sur le même individu. Leur apparition est ordinairement précédée, en outre des symptômes de gastro-entérite, par des picotemens, du prurit ou de la démangeaison à la peau. L'éruption ne dure ordinairement que deux ou trois jours, et est suivie quelquefois de desquamation de l'épiderme. Souvent irrégulière dans son développement, elle suit cependant en général la marche des autres phlegmasies cutanées, et se montre successivement à la face, au cou, à la poitrine, aux bras, au ventre, aux cuisses, etc.

Durée, terminaisons et *pronostic.* La durée moyenne de la suette est de sept à huit jours ; sa terminaison la plus ordinaire, la guérison ; son pronostic peu grave.

Caractères anatomiques. A l'ouverture des cadavres des individus qui succombent à la suette miliaire, on trouve presque toujours la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle d'un rouge plus ou moins vif, et ses vaisseaux capillaires injectés. Quand des symptômes cérébraux ont existé, on trouve le cerveau injecté et de la sérosité épanchée dans les ventricules. L'état de la peau n'a été examiné par personne, que nous sachions.

Traitement. Isoler les communes et les individus infectés ; renouveler l'air et prescrire les fumigations de chlore et d'acide nitrique dans les chambres des malades et des convalescens, après les en avoir éloignés pour les y ramener ensuite, ou plutôt faire des arrosemens avec la dissolution de chlorure de chaux, d'après le procédé de Labarraque ; dans les écoles et dans les églises, défendre tous les grands rassemblemens : entretenir la plus grande propreté dans les localités et sur les individus : recommander la sobriété ; enfin, tranquilliser l'esprit des habitans des communes frappées par l'épidémie ou qui en sont

menacées : tels sont les moyens hygiéniques les plus propres à diminuer l'intensité de la suette et à en empêcher la propagation. Une ou deux saignées du bras au début de la phlegmasie, chez les individus pléthoriques, et lorsqu'une pneumonite ou une congestion cérébrale compliquent l'affection principale, produisent d'excellens effets; mais il est assez rare qu'on soit obligé d'avoir recours à ce moyen, et les sangsues à l'épigastre suffisent dans le plus grand nombre des cas. On doit y avoir recours dans tous les cas où les symptômes gastriques sont intenses ; mais on peut même s'en dispenser dans les circonstances opposées. Les boissons délayantes, telles que les décoctions d'orge, de chiendent, l'infusion de bourrache, le petit-lait, l'eau de veau, de poulet, etc., doivent dans tous les cas former la boisson des malades. Si l'éruption cutanée venait à disparaître subitement, et que des symptômes graves de la lésion d'un organe important se manifestassent, il faudrait stimuler la peau par des frictions sèches, ou l'urtication. On emploie avec avantage les sinapismes ou les vésicatoires, dans l'imminence des congestions cérébrales ou après les avoir préalablement diminuées par les évacuations sanguines. Enfin, pendant les quatre ou cinq premiers jours et quelquefois jusqu'au huitième, suivant la violence de la gastro-entérite, on doit tenir les malades à la diète sévère, et lorsqu'ils entrent en convalescence, il ne faut les ramener que par une gradation bien ménagée, des alimens légers à des substances plus nutritives.

De la miliaire.

Cette phlegmasie diffère peu de la suette, ce qui précède lui est donc en partie applicable. Elle se montre souvent dans certaines contrées basses et humides, chez les femmes en couche, et paraît être l'effet des sueurs abondantes. La faiblesse de la constitution, l'habitation dans des vallées humides, une nourriture malsaine et l'abus des sudorifiques peuvent la faire naître

chez tous les individus. Comme la suette, elle est ou non précédée ou accompagnée de phlegmasie gastro-intestinale plus ou moins intense, mais on ne la croit pas contagieuse comme elle; elle est aussi moins grave et plus fréquemment exempte de gastro-entérite. L'éruption affecte trois formes différentes, tantôt elle consiste dans de petites vésicules diaphanes, remplies d'une sérosité claire et limpide, placées au centre d'une petite tache purpurine; tantôt ce sont encore les mêmes vésicules, mais sans tache rouge au-dessous d'elles; enfin, quelquefois les taches et les boutons sont rouges. On voit quelle analogie il existe entre cette phlegmasie et la suette; elle est telle, que nous doutons si ce sont réellement deux affections différentes. Dans l'une comme dans l'autre, des sueurs, des picotemens et de la démangeaison précèdent l'éruption; dans celle-ci comme dans celle-là la marche est régulière ou irrégulière presque indifféremment, la durée moyenne est de sept à huit jours, le pronostic peu grave, et la guérison avec desquamation de l'épiderme la terminaison la plus ordinaire. C'est probablement la même phlegmasie qu'on a nommée *miliaire* et *fièvre miliaire* lorsqu'elle s'est montrée sporadiquement, et qu'on a appelée *suette*, etc., lorsqu'on l'a observée épidémique. Nous renvoyons pour le traitement à ce que nous avons dit pour la suette.

De la variole ou petite vérole.

C'est la plus grave des maladies pustuleuses de la peau. Elle consiste dans une éruption générale de boutons, qui se convertissent en grosses pustules arrondies, purulentes, et se terminent par dessication, toujours précédée et très-souvent accompagnée de phlegmasie gastro-intestinale.

Causes. Elles sont inconnues: on la suppose produite par un agent *spécifique*. Elle se développe spontanément au printemps et à l'automne, presque toujours dans les premières années de la vie, quelquefois cependant chez les adultes et même

chez les vieillards. Elle est éminemment contagieuse, mais en général on n'est plus apte à la contracter lorsqu'on en a été atteint une fois. Quelques individus cependant l'ont deux et même trois fois ; ces cas sont extrêmement rares.

Symptômes. Un frisson plus ou moins vif ouvre ordinairement la scène. Il est bientôt suivi de chaleur vive et âcre de la peau, de fréquence du pouls, de sensibilité à l'épigastre, nausées, vomissemens, soif vive, perte d'appétit, rougeur du pourtour de la langue, céphalalgie, brisement des membres, en un mot, des symptômes de l'inflammation des voies digestives. Ces symptômes sont plus ou moins prononcés, suivant que la phlegmasie dont ils émanent est plus ou moins vive, et chez les jeunes enfans il s'y joint souvent des phénomènes cérébraux sympathiques. Le quatrième jour ordinairement l'éruption commence à la figure, sous la forme de petites taches rouges ; elle gagne successivement le cou, les bras, la poitrine et les membres inférieurs, et à mesure qu'elle s'opère, les symptômes de la gastro-entérite diminuent d'intensité, et disparaissent même quelquefois complètement lorsqu'elle est achevée. On ne tarde pas à voir de petits boutons rouges et enflammés s'élever au-dessus du niveau de la peau, qui devient tendue dans les intervalles. Ces boutons grossissent ; la peau est chaude et douloureuse ; la face se tuméfie ; les paupières se gonflent, au point quelquefois de tenir les yeux fermés pendant plusieurs jours ; les mains, les doigts et les pieds, également gonflés, deviennent tendus et raides. Vers le troisième ou quatrième jour à compter depuis l'éruption, le septième ou huitième à partir du début de la maladie, les pustules de la face commencent à pâlir, à blanchir à leur sommet ; elles s'entourent à la base d'une auréole rouge ; la sérosité qu'elles contiennent prend le caractère purulent ; déprimées d'abord à leur centre, elles prennent tout-à-fait la forme sphérique, puis elles deviennent rugueuses, jaunissent, et laissent échapper une partie du pus quelles renferment. Les mêmes phénomènes se passent avec la même

marche dans les autres parties du corps, successivement et dans le même ordre que s'est faite l'éruption; de telle sorte que les pustules de la face se dessèchent déjà, quand celles des pieds commencent à devenir purulentes. Les symptômes d'irritation gastrique, que l'éruption avait fait disparaître, se raniment ordinairement au commencement de cette période, dite de suppuration, et se dissipent de nouveau après vingt-quatre ou quarante-huit heures. Enfin, le onzième jour à peu près de la maladie, la face se dégonfle, puis les pustules se dessèchent, se rompent, et tombent par croûtes du quatorzième au quinzième jour; il en est de même des autres parties du corps. Aux croûtes succèdent souvent des écailles furfuracées, et quelquefois de petites cavités très-apparentes sur la peau. On a appelé *variole discrète* celle dans laquelle les pustules sont peu nombreuses et les symptômes de gastro-enterite peu intenses: on a nommé *confluente* celle dans laquelle les pustules se touchent et sont accompagnées d'une violente inflammation gastro-intestinale. Plus les symptômes de gastro-entérite du début sont intenses, et plus l'éruption est considérable et difficile, et *vice versâ*.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La marche, la durée et le mode de terminaison de la variole régulière viennent d'être exposés; une foule de circonstances peuvent les faire varier. La mort est souvent le résultat immédiat de la violence de la double phlegmasie muqueuse et cutanée, et quand cette issue funeste n'a pas lieu, il arrive fréquemment encore que la perte de la vue ou des ophthalmies rebelles, la surdité, l'otite, des dépôts plus ou moins considérables, des suppurations abondantes, etc., en sont les suites désastreuses. Plus le malade est âgé, les symptômes de gastro-entérite intenses, les pustules nombreuses surtout à la face, plus grand est le danger, et *vice versâ*. Si des symptômes cérébraux ou pneumoniques ou pleurétiques accompagnent ceux de la gastro-entérite, il y a à craindre une issue funeste; elle est presque

inévitable, si en même temps l'éruption devance le jour où elle devrait se faire. La petitesse des pustules, leur forme aplatie au lieu de s'élever en pointe, l'irrégularité dans leur développement, leur complication avec des pétéchies, des pustules miliaires, la scarlatine, des taches cendrées, violettes, noirâtres, etc.; tous ces signes, même isolés, sont d'un fâcheux présage. Le danger est extrême enfin lorsque les pustules ne contiennent, au lieu de pus, qu'une sérosité transparente (*variole cristalline*), ou quand elles se remplissent d'un sang noir et épais, ou bien lorsqu'elles s'affaissent, pâlissent ou deviennent noirâtres. Toutes les hémorrhagies qui surviennent pendant la période de suppuration sont fâcheuses. Les salivations et les diarrhées excessives peuvent épuiser les malades. Dans toutes les circonstances opposées à celles que nous venons d'énumérer le pronostic est favorable.

Caractères anatomiques. Ce sont ceux de la gastro-entérite et des autres phlegmasies qui ont existé pendant la vie. La peau est gorgée de sang, épaissie, facile à déchirer et infiltrée d'un fluide gélatiniforme et sanguinolent.

Traitement. Morborum curatio ita ferè instituenda est in variolis, uti institueretur si variolæ non adessent. Ce passage de Cotugno renferme toute la thérapeutique de la variole, comme de la plupart des phlegmasies cutanées. En effet, la présence des pustules à la peau ne change rien à la nature des maladies qui précèdent leur apparition, ou les accompagnent, ou persistent après elles. Dans l'immense majorité des cas, ce sont des inflammations d'organes, qui réclament le traitement antiphlogistique, *uti institueretur si variolæ non adessent.* D'ailleurs, lorsqu'on est appelé auprès d'un malade avant l'éruption, rien, dans les symptômes, n'indique que celle-ci doive avoir lieu; il serait impossible de l'affirmer même au sein d'une épidémie.

Nous avons dit que les symptômes qui précèdent l'éruption étaient ceux de l'inflammation des voies digestives; on doit

donc appliquer des sangsues à l'épigastre, couvrir l'abdomen d'émolliens, administrer des lavemens de même nature, prescrire la diète absolue et l'usage des boissons délayantes, acidules, etc., en un mot, traiter la gastro-entérite par les moyens qui lui sont propres, et que nous indiquerons plus en détail dans l'histoire de cette maladie. Lorsque l'éruption commence, les symptômes de la phlegmasie gastro-intestinale disparaissent ordinairement. Il faut alors se borner à l'usage des boissons, qu'on peut même administrer chaudes s'il ne reste aucune trace d'irritation gastrique. On peut également, dans ce cas, permettre quelques bouillons légers au malade; mais si les boutons sont très-nombreux, il est plus sage de continuer la diète, parce que l'intensité de l'inflammation de la peau ranimera infailliblement celle des voies digestives, et que des substances alimentaires ne feraient que hâter cet effet et le rendre plus violent. Mais si la gastro-entérite persiste, et que son intensité s'oppose à la sortie facile des boutons, la saignée générale ou épigastrique doit être encore employée; on y joint avec avantage le bain tiède et les cataplasmes émolliens sur les pieds et sur les mains. Dans les cas où il existe des symptômes de pneumonite ou d'arachnoïdite compliquant ceux de la phlegmasie gastro-intestinale, on combat ces affections par les moyens convenables. (Voyez *pneumonite* et *arachnoïdite.*)

Dès que l'éruption est complète, si elle n'est pas très-abondante, il ne reste qu'à surveiller le régime du malade, et à le préserver du froid sans l'étouffer de couvertures. Si au contraire les pustules sont très-nombreuses, la face se gonfle énormément; elle devient le siége d'un érysipèle plus ou moins violent, qui peut faire naître une inflammation cérébrale; tout le tissu cutané s'enflamme vivement, et réagissant sur le tube digestif y détermine une phlegmasie violente : c'est toujours la même conduite à tenir; combattre ces inflammations comme si les pustules n'existaient pas. Enfin, si l'éruption se fait difficilement à la plante des pieds et à la paume des mains, en rai-

son de la densité de la peau de ces parties, on la favorise par des bains locaux émolliens; et lorsque plus tard les pustules se dessèchent, on fend les croûtes avec la lancette ou le bistouri pour donner issue au pus; par ces précautions on évite souvent des douleurs violentes aux malades.

L'éruption disparaît quelquefois. Si cet effet n'est pas dû à une récrudescence de la phlegmasie viscérale, on peut avoir recours aux vésicatoires et aux sinapismes, dont on retire alors de très-bons effets. On doit user avec bien plus de circonspection des décoctions de quinquina, du vin chaud, du camphre, et de l'acétate d'ammoniaque, conseillés par les auteurs dans quelques circonstances. Les seuls cas où il soit permis d'en faire usage c'est lorsque l'éruption est pâle ou livide, le malade débile, épuisé, et les symptômes des phlegmasies viscérales peu prononcés. Enfin, on doit recourir aux acides et aux styptiques lorsque le malade rend le sang par la bouche, les selles ou les urines, et les associer aux toniques et aux astringens s'il est en outre dans les conditions précédentes. Le safran a été préconisé contre la constriction douloureuse de la gorge qui accompagne souvent la variole.

MM Bretonneau, Velpeau et Series ont proposé de faire avorter la variole en cautérisant les pustules avec le nitrate d'argent. Cette cautérisation a été employée par eux et par d'autres médecins avec des succès divers. Pratiquée sur chaque pustule et dès le second jour de son éruption, avec un morceau de nitrate d'argent taillé en pointe, elle a toujours réussi à en arrêter le développement. Mais comment cautériser chaque pustule isolément, dans une variole confluente, par exemple? En se contentant de brûler celles de la face, il faudrait encore y sacrifier beaucoup de temps. La douleur qui suit cette opération est d'ailleurs assez vive, et très-propre à faire naître des accidens graves. Il a donc fallu y renoncer. Pour écarter ces inconvéniens, M. Serres a cautérisé toutes les pustules d'une partie en masse avec une dissolution de nitrate d'argent, mais

on s'est bientôt apperçu que cette cautérisation ne faisait presque jamais avorter les pustules, et qu'elles continuaient à parcourir leurs périodes sous la croûte formée par le caustique. Ce procédé a donc aussi été abandonné. Il ne reste donc plus rien aujourd'hui de la méthode de la cautérisation, nommée *ectrotique* par M. Serres. On pourrait cependant l'employer encore à la face, pour prévenir les cicatrices, mais c'est au procédé de la cautérisation de chaque pustule isolément qu'il faudrait recourir exclusivement.

On s'est de tout temps beaucoup occupé de trouver un préservatif de la petite-vérole. L'inoculation, précédée pendant quelques jours par l'usage du proto-chlorure de mercure, ou par des boissons rafraîchissantes et un régime doux, ou par des purgatifs, a été long-temps employée avec succès dans ce but, mais on a dû renoncer à ce moyen pour la vaccine, dont les avantages sur l'inoculation et la vertu préservatrice sont incontestables.

De la vaccine (1).

La vaccine est une inflammation pustuleuse de la peau qui présente les plus grandes analogies avec la variole, dont elle est le préservatif assuré, et qui se développe par suite de l'insertion d'un fluide ou virus pris dans des pustules qui surviennent spontanément sur le pis de la vache (cowpox), ou dans les pustules que cette insertion fait naître chez l'homme.

Il y a une vaccine vraie et une vaccine fausse. La *vaccine vraie* préserve de la petite-vérole; on la reconnaît aux signes suivans : en général on n'aperçoit aucun travail aux piqûres que du troisième au cinquième jour; il y a alors une petite rougeur et un peu d'élévation, qui augmentent jusqu'au sixième

(1) Husson, *Recherches historiques et médicales sur la vaccine*, in-8°, 3e édition. Paris, 1803. — *Instruction sur la vaccine*, publiée par le comité central de vaccine de Paris en juin 1821.

jour. Le septième, l'accroissement est plus marqué, et on aperçoit un petit bouton de couleur argentée, qui a une dépression ou enfoncement au centre, circulairement rempli d'une matière limpide, et qui est entouré d'un petit cercle rouge. Le huitième jour, la base du bouton devient tendue; le cercle rouge augmente, assez souvent avec gonflement; quelquefois le pouls s'accélère et la peau s'échauffe, et le bouton contient plus de matière : cet état augmente le neuvième et le dixième jour; le onzième, la rougeur diminue; le douzième, la dépression commence à noircir, le bouton devient ensuite d'un gris jaunâtre; il contient alors une matière qui ressemble à du pus. A dater du treizième jour, le bouton se dessèche et se transforme en une croûte dure, brune, et enfin noirâtre, qui tombe du vingtième au vingt-cinquième jour. Telle est la marche de la vraie vaccine, la seule qui préserve de la petite-vérole. La *fausse vaccine* ne préserve pas de la petite-vérole; on la reconnaît aux caractères suivans : le travail commence le lendemain, quelquefois le jour même de la vaccination; il est accompagné de démangeaisons; il se forme aux piqûres une légère dureté, qui s'aplatit en s'étendant, et qui est recouverte d'une rougeur pâle et vergetée. A dater du deuxième jour, et avant le sixième, il s'est développé un bouton de forme irrégulière, qui s'élève en pointe, qui paraît contenir une matière jaunâtre, laquelle, en séchant, prend l'aspect de la gomme.

Si l'on a pratiqué la vaccination sur une personne ayant eu ou seulement soupçonnée d'avoir eu la petite-vérole, il ne faut pas se servir du vaccin qu'elle produit, parce qu'elle pourrait donner la fausse vaccine. La fausse vaccine est produite ainsi : 1° par toute espèce d'irritation étrangère qui arriverait aux piqûres dans lesquelles on a introduit de la matière de vaccine vraie; 2° par l'introduction dans les piqûres d'une matière de vaccine trop avancée et ressemblant à du pus, ce qui arrive ordinairement du dixième au douzième jour.

On vaccine à chaque bras par deux ou trois piqûres superficielles, faites avec une lancette ou une aiguille, sur laquelle on a reçu une petite portion de la matière contenue dans les boutons d'un sujet vacciné depuis huit jours. Il suffit, pour extraire cette matière, de faire superficiellement de petites piqûres sur le bouton. On voit bientôt paraître, à la surface, des gouttelettes d'une matière limpide comme de l'eau : cette matière est le vaccin ; on le tire originairement de boutons qui viennent au pis des vaches. On peut le transporter dans des tubes, ou entre deux verres, ou sur la pointe d'une lancette ou d'une aiguille. Si la personne que l'on vaccine est bien portante, il est inutile de la préparer ; si elle ne l'est pas, il faut rétablir sa santé. On peut vacciner à tout âge, même pendant la dentition, lorsqu'elle est sans accident, surtout si l'on redoute la petite-vérole. On est quelquefois obligé de répéter la vaccination plusieurs fois, quand elle ne réussit pas ; ce qui arrive rarement quand on vaccine de bras à bras, et quand le vaccin est pris du septième au neuvième jour. Quelquefois la vaccine ne se développe qu'au sixième, septième et huitième jour, et même plus tard ; c'est ce qui arrive plus particulièrement dans les temps froids. On a vu des piqûres commencer à travailler lorsque les autres, faites en même temps, commençaient à se dessécher : ces cas sont rares. La vaccine ne met point, pendant sa durée, à l'abri des autres maladies. Il peut arriver que, quelque temps avant, ou même quelques jours après la vaccination, une personne ait gagné la petite-vérole. Alors le vaccin n'ayant pas le temps d'empêcher cette maladie, la vaccine et la petite-vérole marcheront ensemble sans se confondre. Si une autre maladie survient, on la traitera convenablement ; mais s'il ne se déclare aucun accident étranger à la vaccine, il n'y a ni médicament à donner, ni régime particulier à prescrire. Un seul bouton suffit pour préserver de la variole.

De la varicelle.

La *varicelle*, *variolette*, *petite-vérole volante*, *fausse petite-vérole*, est une phlegmasie pustuleuse de la peau, dont la ressemblance avec la variole est quelquefois telle qu'on la confond avec cette affection. Le traitement qu'elle réclame étant celui de la variole légère ou discrète, nous n'y reviendrons pas ici, et nous nous bornerons à faire ressortir les différences qui existent entre ces deux phlegmasies.

La gastro-entérite qui précède l'éruption de la varicelle est peu intense et ne dure ordinairement qu'un jour : elle est plus vive dans la variole et dure trois à quatre jours Les boutons de la variolette paraissent presque constamment dans les premières vingt-quatre heures, rarement le second, et plus rarement encore le troisième jour; ceux de la petite vérole ne se montrent presque jamais avant la fin du troisième jour. L'éruption se fait sans ordre fixe dans la varicelle; elle commence même presque toujours par la poitrine, ou bien se fait sur toutes les parties du corps en même temps, celle de la variole, au contraire, débute toujours par la face, et a constamment lieu dans l'ordre régulier de succession que nous avons indiqué. Dans la varicelle, les pustules, formées en ving-quatre heures, sont sphériques à leur sommet, plus larges à leur corps qu'à la base; elles ne contiennent, même au point de leur plus grande maturité, qu'une lymphe blanchâtre et transparente, qu'elles laissent transsuder deux ou trois jours après leur sortie, après quoi elles se flétrissent, se dessèchent, et tombent en écailles à la fin du sixième, huitième ou dixième jour. Dans la variole, les pustules, après avoir mis quatre à cinq jours à acquérir tout leur développement, sont déprimées dans leur centre; elles sont entourées d'une auréole rosée; la sérosité qui les remplit se convertit en une véritable matière purulente, exhalant une odeur nauséabonde particulière; elles ne com-

mencent à se dessécher que le onzième jour de la maladie, et ne tombent que vers le quatorzième ou quinzième jour. Dans le cours de la fausse petite-vérole, il ne survient pas de gonflement bien sensible à la peau; il est toujours très-marqué dans la variole, surtout à la face. Les trois périodes d'*éruption*, de *suppuration* et de *dessiccation* sont bien distinctes dans la variole; au contraire, dans la variolette, ces périodes se confondent, en raison, d'une part, de la courte durée de la maladie, et, de l'autre, parce qu'il existe presque toujours en même temps, sur les différentes parties du corps, un mélange de pustules naissantes, de pustules mûres, et d'autres qui sont déjà desséchées. Après la chute des croûtes, la variole laisse sur la face des taches rouges qui s'effacent lentement : ces taches sont à peine marquées à la suite de la petite-vérole volante, et s'effacent très-promptement. Enfin la variole est contagieuse, et il est plus que douteux que la variolette le soit : la vaccine préserve de la première et ne met pas à l'abri de la seconde; elle peut se développer régulièrement chez un individu qui a eu la variolette, et n'en est pas susceptible chez les sujets qui ont eu la petite-vérole; la varicelle n'a jamais de suites funestes, et la variole la plus discrète peut entraîner la mort.

La seule analogie qui existe entre ces deux affections, c'est qu'ordinairement elles n'attaquent l'une et l'autre qu'une seule fois le même individu dans le cours de sa vie. Quelques auteurs pensent que la variolette est contagieuse; ce serait alors un second point de ressemblance avec la variole.

De la varioloïde.

On a décrit dans ces derniers temps, sous le nom de *varioloïde*, une inflammation pustuleuse de la peau, offrant des traits nombreux de ressemblance avec la variole, et désignée par les anciens auteurs par le nom de *variole bâtarde*, *variolæ*

puria. Elle naît sous l'influence des causes qui produisent la variole, se transmet comme elle par inoculation, mais seulement sur les sujets qui n'ont été ni variolés ni vaccinés; elle préserve de la variole; enfin elle ne paraît pas susceptible de se communiquer par contagion miasmatique (1). Ses premiers symptômes ressemblent à ceux de la variole; mais ses pustules sont plus coniques; elles ne suppurent pas, se dessèchent tout à coup du huitième au dixième jour de la maladie, laissant une croûte, une sorte d'écaille jaunâtre qui tombe promptement, et au-dessous de laquelle on aperçoit un tubercule dur, proéminent, qui met quelque temps à s'effacer. Cette maladie est rarement grave. Son traitement repose en entier sur les mêmes principes que celui de la variole.

De la gale.

La gale est une phlegmasie cutanée, essentiellement contagieuse, consistant en des vésicules légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau, constamment accompagnées de prurit, transparentes à leur sommet, contenant un liquide séreux et visqueux, et occupant ordinairement les plis des articulations des membres, les intervalles des doigts, la poitrine et l'abdomen (2).

Causes. Elle peut se développer spontanément par la malpropreté, et surtout lorsque des individus sont rassemblés en grand nombre, comme sur les vaisseaux, dans les camps, les casernes, les hôpitaux, les prisons, etc. Au sein des villes, ce sont presque toujours les misérables qui en sont atteints, et plus les hommes que les femmes, en raison sans doute de l'in-

(1) Gendrin, *Mémoire sur la nature et la contagion de la variole et de la varioloïde. Journal général de Médecine*, mai 1827, page 154 et suiv.

(2) Voyez *Dictionnaire de Médecine*, en 18 volumes, article *Gale*, par M. Biett.

tempérance plus grande des premiers. On l'observe dans toutes les saisons; aucun âge n'en est exempt. Elle se communique le plus ordinairement d'un individu à un autre par le contact médiat ou par celui des objets touchés par un individu qui en est infecté, surtout lorsque les mains sont en sueur, et principalement encore lorsque ces objets sont des tissus de laine, de coton ou de soie. Quelques auteurs ont cru que la gale pouvait être épidémique, d'autres qu'elle était endémique dans certaines contrées; mais les épidémies d'éruptions vésiculeuses que les premiers ont observées n'étaient pas formées par celle qui nous occupe; et si, dans quelques pays, elle paraît endémique et se transmet de génération en génération, c'est parce que les habitans y croupissent continuellement dans la malpropreté. Jusque dans ces derniers temps on a cru que la gale était due à la présence d'un insecte (*acarus scabiei*) sous l'épiderme; plusieurs médecins et plusieurs naturalistes dignes de foi ont même décrit cet être microscopique; mais depuis quelques années d'autres observateurs, armés de meilleurs microscopes, ont fait de veines recherches pour le découvrir. Nous pensons que l'*acarus* naît spontanément dans les croûtes un peu anciennes de la gale, comme une foule d'êtres de la même espèce se développent dans le vieux fromage, et que la différence des résultats obtenus tient à ce qu'on a observé les vésicules de la gale à des époques et dans des circonstances différentes. La vésicule récente ne le présente probablement pas, tandis que, ancienne et convertie en croûte, elle l'offre sans doute quelquefois. Quant à la transmission de la maladie par l'insecte, elle dépend de ce qu'on transporte toujours avec lui une petite portion de virus. Il serait curieux de rechercher l'*acarus* dans toutes les irritations cutanées dont les produits portent l'odeur du vieux fromage. Puisqu'il ne diffère en rien, pris dans cette substance ou sur une vésicule de gale, il est probable que dans les deux cas il se développe par

les mêmes lois et au sein des mêmes élémens organiques en putréfaction.

Symptômes et *marche*. La gale débute ordinairement par un prurit assez vif dans les parties qui ont été le plus directement contagiées ; ce prurit augmente le soir et surtout la nuit, par la chaleur du lit, par les boissons spiritueuses et les alimens âcres. Bientôt paraissent quelques boutons à peine élevés au-dessus du niveau de la peau, d'une teinte rosée chez les individus jeunes et sanguins, incolores dans les circonstances opposées ; ils gagnent les parties voisines, et l'on distingue à leur sommet les petites vésicules dont nous avons donné la description au commencement de cet article. La démangeaison est en rapport avec le nombre de ces vésicules ; le malade ne peut la supporter lorsque celles-ci sont très-nombreuses ; il se gratte, les déchire avec les ongles, et le liquide visqueux qu'elles contiennent s'écoule et se concrète bientôt en petites croûtes minces, légères et peu adhérentes. Quelquefois, chez les individus sanguins et robustes, ou qui abusent des spiritueux, les vésicules se développent au point de devenir de véritables pustules (*gale pustuleuse*). Lorsque les pustules de la gale dite *pustuleuse* s'ouvrent, elles laissent des ulcérations superficielles et ordinairement peu étendues, auxquelles on a donné le nom d'*ulcères psoriques* ou *galeux*.

La gale peut être confondue avec : 1° le *lichen simplex*, éruption de *papules* ou de petits boutons pleins, solides, sans changement de couleur à la peau, sans vésicules, presque toujours situés sur le côté externe du bras et de l'avant-bras, à peine accompagnés de prurit, et non contagieux ; 2° le *lichen urticatus*, éruption de papules plus saillantes et plus enflammées que les précédentes, sans vésicules, accompagnées de prurit incommode et brûlant, occupant ordinairement le cou et les côtés de la face, de peu de durée, et non contagieuses ; 3° le *prurigo*, éruption ayant son siége ordinaire sur le dos, les épaules et les membres dans le sens de l'extension, et quel-

quefois, chez les enfans, sur le côté du cou et une grande partie de la face, dont les papules, presque toujours déchirées à leur sommet, sont recouvertes d'un léger caillot de sang desséché, causent un prurit âcre et brûlant, et ne sont pas contagieuses; 4° l'*eczema rubrum*, dont les vésicules sont plus aplaties, plus animées et rassemblées en plus grand nombre que celles de la gale; elles ont ordinairement leur siége aux aisselles, aux parties génitales, au front, aux oreilles, etc.; elles causent une sorte de cuisson générale qni n'augmente pas pendant la nuit, et ne sont pas contagieuses; 5° l'*eczema impetiginodes*, éruption dont les vésicules sont plus pointues que celles de la gale, se convertissent en pustules, occupent les bras, les mains, les cuisses, et le plus ordinairement la paume des mains et la plante des pieds, paraissent par groupes successifs et à marche isolée, suppurent, et se terminent par desquamation, produisent une démangeaison âcre et brûlante, enfin ne se transmettent pas par le contact; 6° l'*ecthyma vulgare* ou *psydracia*, éruption constamment sous forme de pustules peu nombreuses, paraissant successivement, et de telle sorte que les unes se dessèchent tandis que d'autres commencent à peine à paraître, sans prurit, mais accompagnées d'une douleur lancinante qui se rapproche de celle du furoncle, enfin non susceptibles de se communiquer par contagion.

Lorsque la gale est ancienne, que les vésicules sont très-nombreuses et l'individu irritable, elle s'accompagne presque toujours de *gastro-entérite*, comme toutes les autres phlegmasies de la peau; et si cette phlegmasie interne devient intense, l'irritation cutanée s'affaiblit, s'efface et disparaît; on dit alors que la gale est *rétrocédée*. Toutes les phlegmasies des organes importans peuvent également produire cette *rétrocession*, à laquelle on attribue à tort le désordre dont elle n'est que l'effet. La gale existe quelquefois avec le *lichen*, l'*ecthyma*, des *furoncles*, l'*eczema*, la *syphilis*, les *scrophules* et le *scorbut*. Dans cette dernière complication, qui est assez fréquente, les

vésicules prennent une teinte livide, et s'il survient des pustules, elles se couvrent bientôt de croûtes brunâtres.

Durée, terminaisons et *pronostic*. La durée moyenne de la gale est de douze à quinze jours : elle ne guérit jamais spontanément, et lorsqu'elle n'est pas traitée, on la voit se perpétuer pendant des années entières. Jamais elle ne devient mortelle par elle-même ; les exemples de terminaison funeste ne s'observent que sur des individus atteints de maladies chroniques dans les organes intérieurs. C'est une maladie très-légère lorsqu'elle attaque des individus bien portans du reste ; elle est plus grave, sans être dangereuse, quand elle attaque des individus affaiblis par des maladies antérieures, des excès, la misère, la malpropreté, etc. ; enfin lorsqu'elle se déclare sur des hommes déjà atteints de quelque phlegmasie chronique, ou bien quand, pendant son cours, une inflammation aiguë d'un organe important survient, le danger dépend de ces maladies et non de la gale.

Traitement. Autrefois on saignait presque tous les galeux avant de les soumettre au traitement spécial ; nous avons étudié dans un hôpital où cette coutume était conservée. Plus tard et dans ces derniers temps, on a eu recours, dès les premiers jours du traitement, aux moyens spéciaux, sans saignée ni préparation préalable. On sait aujourd'hui que chez les jeunes gens et les individus sanguins, comme dans les cas où le prurit est très-considérable, lorsque les vésicules sont très-nombreuses et rapprochées, enfin dans les gales anciennes et accompagnées de vive inflammation de la peau, il est avantageux de débuter par une ou deux saignées du bras, quelques bains et l'usage des antiphlogistiques, tandis que dans toutes les autres circonstances on peut de suite mettre en usage les moyens que nous allons indiquer. Cependant nous devons dire que dans l'hôpital où nous avons vu, pendant plusieurs années de suite, saigner tous les malades indistinctement, le traitement entier durait rarement plus de dix à douze jours.

Le soufre est, sans contredit, l'agent le plus efficace contre la gale. On a varié de mille manières les formes sous lesquelles on l'a employé; nous ne nous arrêterons qu'aux principales. La plus simple est la *pommade soufrée*, qui résulte du mélange d'une partie de soufre sur quatre de graisse de porc. On l'emploie en frictions d'une once, au nombre de deux par jour, sur toutes les parties qu'occupe l'éruption. La plus expéditive, peut-être, est la *pommade d'Helmerick*, employée suivant sa méthode. Elle est composée de deux parties de soufre sur huit d'axonge et une de potasse purifiée. On commence d'abord par faire prendre au malade un bain savonneux, on lui fait faire ensuite avec cette pommade trois frictions d'une once chacune par jour, devant le feu, puis on termine par un second bain savonneux pour nettoyer la peau. Mais la préparation qui nous paraît la plus avantageuse sous tous les rapports, est la poudre de *Pihorel*, laquelle consiste dans du sulfure de chaux réduit en poudre grossière, auquel on ajoute une très-petite quantité d'huile au moment de l'employer. Chaque friction est d'un demi-gros de sulfure; on la pratique dans la paume des mains, et deux fois par jour. Les *bains d'eaux thermales sulfureuses artificielles* sont surtout préférales chez les enfans. On obtient des guérisons très-rapides par les *lotions de Dupuytren*, qui sont faites avec la dissolution de quatre onces de sulfure de potasse, et au besoin de sulfure de chaux ou de soude, dans une livre et demie d'eau à laquelle on ajoute une demi-once d'acide sulfurique. Les malades se lavent deux fois par jour, avec cette dissolution, sur les parties occupées par les vésicules, jusqu'à ce que la dose soit achevée. Enfin on emploie aussi avec succès les *fumigations d'acide sulfureux*, à l'aide des appareils de MM. Galès et Darcet. Chaque fumigation résulte de la combustion de huit à douze grammes de soufre, à la température de 55 à 60 degrés (centigrades), et d'une certaine quantité de vapeur d'eau : sa durée doit être de trente à trente-cinq minutes.

Le mercure est, après le soufre, l'agent qu'on a le plus employé contre la gale. Il entre dans la composition de l'*onguent citrin*, de la *pommade de Werlhof*, et de la *quintessence antipsorique*. M. Biett a essayé le premier le *proto-iodure* et le *deuto-iodure de mercure*, et n'en a retiré aucun avantage; il en a été de même des lotions avec la dissolution de *nitrate de mercure*.

Enfin, on peut guérir cette maladie par des frictions avec l'axonge contenant un huitième de poudre d'ellébore, par les lotions avec les décoctions de tabac, de cévadille, de staphisaigre, etc.; mais on obtient de meilleurs effets de l'usage des pommades acides d'Alyon et de Crolius. Un morceau de linge fin, enduit de cérat simple, soufré ou opiacé, est le seul pansement qu'il convient d'opposer aux ulcères galeux, qui guérissent par l'effet du traitement administré contre la gale, dont il ne sont qu'un symptôme.

Est-il besoin de dire que lorsqu'une phlegmasie gastro-intestinale complique la gale tout traitement externe est inutile et même nuisible, excepté lorsqu'il existe des ulcères, tant qu'on n'a pas détruit l'inflammation interne par les moyens convenables? Enfin, après la disparition complète des vésicules, il reste encore à en prévenir le retour. A cet effet, il faut faire prendre des bains tièdes pendant quelque temps, désinfecter par la vapeur du soufre tous les vêtemens dont le malade s'est servi, surtout ceux de laine; changer fréquemment de linge, et s'asbtenir d'alimens salés, épicés, etc., et de liqueurs spiritueuses.

Quant aux éruptions avec lesquelles nous avons dit que la gale pouvait être quelquefois confondue, il suffit ordinairement d'une saignée du bras ou de quelques sangsues à l'anus, d'un régime doux, et de l'usage d'une boisson délayante, pour les faire disparaître. Dans quelques cas cependant, elles résistent à ces moyens, et l'on est obligé d'avoir recours à la thé-

rapeutique compliquée et presque toujours empirique des dartres. (Voyez ci-après.)

Inflammations dartreuses de la peau.

De la dartre (1).

Un si grand nombre d'irritations cutanées ont été confondues sous cette dénomination, qu'il est difficile d'en donner une description générale. Cependant ces phlegmasies ont plusieurs caractères communs qui permettent d'en former un genre à part, assez distinct de ceux que nous avons précédemment étudiés et de celui qui suit. Ces caractères sont : la rougeur ordinairement violette de la peau; la nature de la sensation qui les accompagne, qui est toujours le prurit plus ou moins douloureux ; l'exsudation d'un fluide séreux, tantôt libre à la surface de la phlegmasie, tantôt renfermé dans des vésicules, des pustules ou des phlyctènes, et, dans tous les cas, se concrétant, pour se détacher plus ou moins promptement, sous forme de poussière, d'écailles ou de croûtes; la fréquence du déplacement, qui a le plus ordinairement lieu par une sorte de reptation; une marche lente en général, et ordinairement une sorte d'opiniâtreté, malgré les nombreux et puissans moyens dirigés contre elles. Sans doute tous ces caractères ne se trouvent pas constamment réunis dans toutes les dartres, mais le plus fréquemment il en est ainsi. Le premier surtout manque rarement, le second n'est pas moins constant, et c'est la fréquence du troisième qui a fait considérer la dartre, par M. Broussais, comme une sub-inflammation.

(1) Alibert, *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau.* — Rayer, article *Dartre*, dans le *Dictionnaire de Médecine*, en 18 volumes, et *Traité* déjà cité *des maladies de la peau.* — Consultez aussi l'article *Dartre* du *Dictionnaire abrégé des sciences médicales.*

Les dartres sont-elles des inflammations *spécifiques?* On a souvent invoqué l'efficacité de certains médicamens pour prouver cette spécificité prétendue ; mais il suffit de remarquer combien ces médicamens prétendus spécifiques sont nombreux, combien ils sont infidèles, et combien la méthode antiphlogistique leur est en général supérieure, pour se convaincre que les dartres ne diffèrent des autres phlegmasies cutanées que par les formes apparentes, et nullement par leur nature. Seulement, peut-être, l'inflammation dartreuse affecte-t-elle plus spécialement tel élément organique de la peau que tel autre : cela est probable du moins ; mais c'est à l'anatomie pathologique seule, et non aux spéculations stériles du cabinet, qu'est réservée la solution de cet intéressant problème.

Causes. Il faut une prédisposition particulière pour pouvoir contracter des dartres, et, comme la plupart des prédispositions, celle-ci est inconnue dans sa nature ; il paraît qu'elle se transmet très-souvent par la voie de la génération, mais elle peut aussi être acquise. Elle est si grande chez certains individus, que la moindre égratignure est suivie d'une dartre. Les vieillards, les femmes, à l'époque de la ménopause, et les tempéramens lymphatiques et nerveux réunis, y sont plus exposés que les autres individus. Toutes les inflammations pustuleuses de la peau peuvent prendre le caractère dartreux : on les voit souvent survenir aussi autour des cautères, des sétons ou des vésicatoires que l'on irrite depuis long-temps pour les faire suppurer. Enfin elles sont souvent communiquées par contagion.

Tout ce qui irrite directement ou indirectement la peau peut devenir cause de dartres. C'est ainsi qu'on les voit naître sous l'influence des grandes chaleurs de l'été et des climats brûlans du Midi, et même des fours d'où s'échappe une grande quantité de calorique ; par l'effet de la malpropreté ; par l'habitation au sein d'une atmosphère tenant continuellement en suspension des poussières irritantes, ou qui, s'attachant à la peau,

s'opposent à la transpiration. Mais la source la plus féconde de ces maladies est dans l'usage des alimens irritans, et principalement de ceux qui sont salés, poivrés, fumés, fermentés, gâtés, ou bien grossiers, aqueux, indigestes. L'action de ce dernier ordre de causes est singulièrement favorisée par le chagrin, la colère, la terreur, les veilles prolongées, le coït excessif et l'onanisme. Enfin, comme toutes les autres irritations, les dartres peuvent survenir à la suite d'une suppression de transpiration, d'hémorrhagie ou de tout autre écoulement habituel. La syphilis en est une cause fréquente : on les observe assez fréquemment sur les individus atteints de scrofules, de gale ancienne ou de *scorbut*.

Symptômes, marche, durée, terminaisons et *pronostic*. Les dartres s'offrent à l'observateur sous tant d'aspects divers, que, pour rendre leur étude plus facile, les pathologistes ont de tout temps cherché à en classer les nombreuses variétés, et à les séparer en groupes naturels; mais les efforts tentés jusqu'à ce jour dans ce but ont eu peu de succès, et plusieurs médecins en sont venus à penser que les prétendues espèces et variétés de dartres admises par les auteurs ne sont autre chose que des *degrés* plus ou moins élevés d'un même mode d'irritation cutanée, l'inflammation suivant les uns, la sub-inflammation selon les autres. Cette opinion nous paraît probable, et ce qui vient à l'appui, c'est que la même dartre, farineuse au début, peut devenir successivement squameuse, crustacée et rongeante. Mais il faut avouer aussi qu'il semble exister entre certaines dartres d'autres différences que celles du degré d'intensité de l'irritation; il reste donc des recherches à faire sur ce point de la science. Dans ce doute, nous emprunterons à l'ouvrage de M. Alibert la classification suivante des affections dartreuses.

Première espèce. Dartre furfuracée. Elle consiste dans de légères exfoliations de l'épiderme, semblables à de la farine ou à du son, tantôt très-adhérentes à la peau, tantôt s'en dé-

tachant avec facilité, disposées sur la peau par plaques irrégulières ou régulièrement arrondies, ou en cercle, formant un bourrelet dentelé au centre duquel la peau est saine. (*Dartre furfuracée arrondie.*) Quelquefois l'épiderme se détache sous forme de pellicules minces et irrégulières, et l'irritation se déplace avec une grande facilité. (*Dartre furfuracée volante.*) Dans tous les cas, il y a du prurit, et la peau se montre d'un rose vif après la chute des lamelles épidermiques. Le visage, la poitrine et les membres sont le siége ordinaire de ces affections; elles paraissent souvent pendant les chaleurs de l'été, et s'effacent aux premiers froids.

Deuxième espèce. Dartre squameuse. Inflammation de la peau, suivie de l'exfoliation de l'épiderme en écailles plus larges que dans l'espèce précédente, et se détachant aisément et même spontanément. M. Alibert admet quatre variétés de cette phlegmasie, *squameuse humide, squameuse orbiculaire, squameuse centrifuge*, et *squameuse lichénoïde*. La première a pour caractères, une exhalation continuelle de sérosité ichoreuse, quelquefois très-abondante; la seconde est caracsérisée par des écailles sèches et concentriques, qui tombent et se renouvellent successivement; elle occupe le plus souvent les régions malaires; la troisième a son siége dans la paume des mains, et consiste dans des cercles orbiculaires plus ou moins nombreux, qui s'agrandissent du centre à la circonférence, jusqu'à ce que la main soit dépouillée de tout son épiderme; enfin, la quatrième est caractérisée par des écailles dures, coriaces, blanchâtres, et par leur couleur et leur consistance analogues aux lichens des arbres. M. Rayer (1) partage seulement cette phlegmasie en *aiguë* et en *chronique*, et nous adoptons cette division, beaucoup plus physiologique que la précédente. La *dartre squameuse aiguë*, *dartre vive*, *lichen ferox*, débute toujours par les symptômes d'une inflammation aiguë, et se

(1) *Dictionnaire de Médecine*, en 18 volumes, tom. VI, pag. 358.

prolonge quelquefois très-long-temps sous cette forme. La peau est rouge dans un ou plusieurs points, une chaleur âcre et brûlante s'y fait sentir; il s'y manifeste de petites pustules miliaires qui causent un prurit insupportable, se rompent ou sont déchirées par les malades, et laissent écouler un ichor âcre, d'une odeur analogue à celle de la farine échauffée, et quelquefois excessivement abondant. Puis la peau se gerce, se fendille, et l'épiderme tombe par écailles larges, humides et transparentes, qui se succèdent tant que dure la dartre. Le siége le plus ordinaire de cette phlegmasie est aux oreilles, au nez, aux lèvres, aux mamelons, à l'anus, au périnée, à la partie interne des cuisses; on l'a vue s'étendre à toute la peau, et exciter d'horribles souffrances; on l'a vue aussi se propager aux diverses membranes muqueuses par les ouvertures naturelles. L'inflammation est quelquefois si violente, qu'elle est suivie de gangrène; parfois elle excite le tissu cellulaire sous-cutané, qui devient le siége d'une hydropisie active; enfin, à un certain degré, elle réagit sur les organes intérieurs, et principalement sur ceux de la digestion, et est alors accompagnée des symptômes de la *gastro-entérite*. La dartre squameuse chronique est sans douleur; un peu de gène et de tension existe seulement dans la partie; les écailles sont dures, épaisses et résistantes; elles affectent les formes que nous avons décrites en exposant les variétés admises par M. Alibert. Si elles sont nombreuses, elles peuvent exciter une *gastro-entérite* chronique sympathique.

Troisième espèce. Dartre crustacée. Les caractères de cette phlegmasie sont des croûtes jaunes, grises, blanchâtres ou verdâtres, de formes variées, succédant à de petites pustules à peine miliaires et légèrement aplaties, et se détachant pour faire place à d'autres, après avoir séjourné plus ou moins long-temps à la surface de la peau. Trois variétés de cette affection sont admises par M. Alibert, savoir, la *dartre crustacée flavescente*, la *dartre crustacée stalactiforme*, et la *dartre*

crustacée en forme de mousse. La première se manifeste ordinairement sur le milieu de l'une ou des deux joues, aux points où elles se colorent dans l'état naturel ; sa marche est le plus souvent aiguë. La seconde a son siége aux surfaces internes et externes des ailes du nez ; elle commence par une rougeur vive, accompagnée de petites pustules, d'où s'écoule une matière jaunâtre et séro-purulente, laquelle s'épaissit, et prend cette forme qui l'a fait comparer aux stalactites. Enfin, la troisième, presque toujours chronique et de longue durée, occupant ordinairement les mains, les cuisses ou le visage, est caractérisée, à son début, par des boutons qui ressemblent à ceux de la vaccine au sixième ou septième jour, entourée d'une aréole d'un rouge vif, et offrant à leur centre une petite croûte granulée, d'un gris d'abord blanchâtre, puis verdâtre, et présentant l'aspect de la mousse des toits. Après quatre, cinq et six mois, ces boutons n'ont quelquefois que le volume d'un pois ordinaire, leurs croûtes sont comme enchâssées dans la peau, s'enlèvent difficilement, et laissent voir au-dessus d'elles une sorte de bourgeon charnu proéminent et granulé. Ces trois variétés de dartres peuvent être aiguës ou chroniques ; elles peuvent ulcérer la peau ou envahir le tissu cellulaire ; il est rare cependant qu'elles fassent naître des phlegmasies sympathiques dans les organes intérieurs.

Quatrième espèce. Dartre rongeante. Phlegmasie circonscrite de la peau, ayant le plus souvent son siége au visage et quelquefois derrière les oreilles, surmontée d'un bouton pustuleux qui fournit un pus ichoreux et fétide, et suivie d'un ulcère rongeant qui détruit successivement la peau, le tissu cellulaire, les muscles, et envahit même quelquefois jusqu'aux os. Elle commence ordinairement par une tuméfaction circonscrite de la peau qui paraît dure et inégale, avec rougeur des parties voisines, et prurit insupportable et bientôt douloureux. Une pustule ne tarde pas à paraître ; elle s'ouvre, le tissu de la peau s'enflamme vivement et s'ulcère (*ulcères dar-*

treux), et il s'écoule une sérosité âcre et comme corrosive de cette ulcération, dont les bords se gonflent et se durcissent. Le pus se concrète à la surface de l'ulcère, qui gagne en largeur, et la croûte qu'il forme tombe et se renouvelle sans cesse. Peu à peu l'inflammation détruit successivement la peau, le tissu cellulaire, les muscles, et détermine la carie des os; l'ulcère exhale une odeur fétide; les jambes du malade s'infiltrent, des sueurs abondantes et le dévoiement l'épuisent, et il ne tarde pas à succomber à ces causes réunies de destruction. Cette phlegmasie, dans ses dernières périodes, a beaucoup d'analogie avec les ulcères cancéreux; quelques médecins la croient héréditaire et contagieuse. M. Alibert en distingue trois variétés : la *dartre rongeante idiopathique*, qu'il nomme ainsi parce qu'elle survient sans cause apparente, et qu'il pense qu'elle est le résultat d'une *dépravation particulière des humeurs;* la *dartre rongeante scrofuleuse*, qui se développe chez les individus *scrofuleux;* et la *dartre rongeante vénérienne*, qui est le résultat de la syphilis.

Cinquième espèce. Dartre pustuleuse. Elle a pour caractères d'être formée par des pustules plus ou moins volumineuses, et plus ou moins rapprochées, se couvrant d'écailles et de croûtes légères qui tombent et sont communément remplacées par des taches rougeâtres. Il existe, d'après M. Alibert, quatre variétés de cette dartre; ce sont : la *dartre pustuleuse couperose*, ou la *couperose;* la *dartre pustuleuse mentagre;* la *dartre pustuleuse miliaire*, et la *dartre pustuleuse disséminée.*

La couperose consiste dans des pustules peu étendues, isolées, entourées d'une aréole rosée, plus ou moins dures à leur base, répandues sur le nez, les joues, le front, et s'étendant quelquefois sur les oreilles et les parties supérieures du cou. La suppuration s'y forme en général assez lentement; la peau finit par devenir dure au-dessous d'elles, et forme ainsi les tubercules cutanés; elle s'injecte sur une grande surface, et conserve les traces de cette injection; elle se gonfle, prend une

teinte rouge violacée ; ses veinules se dilatent et se dessinent en bleu foncé sur la face, qui prend un aspect repoussant. Quand cette phlegmasie est bornée au nez, elle en augmente considérablement le volume, y fait naître des tumeurs plus ou moins volumineuses, et rend cette partie tout-à-fait difforme. Elle envahit quelquefois toute la face, les oreilles et même le cou; des symptômes d'irritation gastro-intestinale s'y joignent presque toujours alors. Assez fréquente chez les femmes, à l'âge critique surtout, et chez les hommes de trente à quarante ans, sanguins ou bilieux, cette phlegmasie est héréditaire. On a dit que le froid humide concourait à la développer, et l'on a donné pour preuve sa plus grande fréquence en Angleterre et dans le nord de l'Allemagne que dans les contrées méridionales; mais nous croyons qu'elle est plus fréquente dans ces pays parce qu'on y abuse davantage des liqueurs spiritueuses et d'autres violens stimulans gastriques. Les excès de table en sont en effet les causes les plus ordinaires et les plus puissantes. La plupart des cosmétiques dont les femmes font usage la produisent quelquefois. Enfin, elle se développe quelquefois tout-à-coup, après une passion vive, comme la frayeur ou la colère : ou lentement à la suite de chagrins, ou de passions concentrées. Il est en général difficile de la guérir.

La dartre mentagre, toujours située au menton, mais s'étendant parfois aux joues et à la région sous-maxillaire, consiste dans des boutons rouges, lisses, conoïdes, épars ou rassemblés, qui se développent successivement, causent une démangeaison très-vive, et suppurent dans l'espace de sept jours environ. Le pus en est jaunâtre, quelquefois blanchâtre, séreux et sanguinolent; un bourbillon dur et résistant suit son écoulement. Une inflammation plus ou moins considérable accompagne les boutons; souvent plusieurs éruptions se succèdent. Cette phlegmasie est rare chez les femmes, et très-fréquente chez les hommes. Il est probable qu'elle doit la majeure partie de ses caractères à la différence qu'offre la peau dans les endroits

où croissent les poils, et qu'une des causes qui la rend plus fréquente au menton qu'aux autres parties analogues, consiste dans les irritations répétées produites par l'action du rasoir et quelquefois par sa malpropreté.

La dartre pustuleuse miliaire consiste dans de petites granulations blanchâtres et luisantes, semblables à des grains de millet, qui rendent la peau rude au toucher, quelquefois entourées d'une aréole rouge et enflammée, éparses ou réunies en groupes, non suppurantes, à l'exception de quelques-unes d'entre elles qui suppurent à leur sommet, enfin à peine accompagnées de démangeaison. Elle se manifeste souvent à l'époque de la puberté, sur le front des jeunes filles, et au printemps chez les adolescens. C'est une maladie peu grave.

Enfin, la dartre pustuleuse disséminée est caractérisée par des boutons du volume d'un petit pois, coniques, assez semblables à de petits furoncles, durs et enflammés à leur base, situés ordinairement sur le visage et la partie postérieure du thorax, accompagnés de peu de démangeaison, dans lesquels la suppuration s'établit lentement, qui suppurent enfin, se recouvrent d'une croûte mince, laissent sur la peaudes taches d'un rouge sale, et sont souvent remplacés par d'autres. La peau et le tissu cellulaire sous-jacent sont souvent indurés au-dessous des taches. Cette dartre ne s'observe ordinairement que chez les jeunes gens, les adultes et les individus d'un âge mûr; elle dépend très-souvent de l'irritation des voies gastriques; on la voit se développer assez fréquemment aussi après la surexcitation des organes de la génération, surtout après la masturbation.

Sixième espèce. Dartre phlycténoïde. Elle consiste dans des phlyctènes de forme et de grandeurs variées, produites par le soulèvement de l'épiderme, et remplies d'une sérosité ichoreuse, laissant après leur disparition des écailles rougeâtres. M. Alibert en admet deux espèces : la *dartre phlycténoïde confluente* (voyez *pemphygus*), et la *dartre phlyténoïde en zone* (voyez *zona*).

Septième espèce. Dartre érythémoïde. Cette phlegmasie est caractérisée par des élevures rouges et enflammées, qui se manifestent sur une ou plusieurs parties de la peau et se terminent à la longue par de légères exfoliations de l'épiderme. (Voyez *érythème* et *urticaire.*)

Quelques auteurs admettent encore d'autres espèces de dartres; nous citerons seulement la *dartre farineuse* et la *dartre laiteuse.* La première, qui se développe le plus ordinairement à la face, sur les sourcils et les bords libres des paupières, et quelquefois sur la région externe de l'avant-bras, de la jambe et au genou, est caractérisée par la desquamation de l'épiderme, sous forme de poussière blanche; elle commence par de petits boutons imperceptibles à l'œil nu, et produit un peu de démangeaison et de chaleur à la peau. Lorsque cette dartre existe à la face, qu'elle en occupe une grande partie, et que la desquamation s'opère, le visage offre l'aspect de celui des meuniers ou des boulangers; elle attaque le plus souvent les individus qui ont les cheveux blonds ou roux, et est fréquemment produite par les rasoirs malpropres ou mal affilés. La dartre laiteuse consiste dans une éruption de papules sur toute la surface du corps, qui se convertissent rapidement en croûtes jaunâtres; elle ne diffère de la dartre crustacée flavescente que par les circonstances particulières au sein desquelles elle se développe. On la voit ordinairement survenir tout-à-coup, après la suppression des lochies, à la suite d'une couche laborieuse, ou de la cessation brusque de l'allaitement. Très-souvent des douleurs de tête et des tintemens d'oreilles insupportables la précèdent; elle s'étend quelquefois sur la conjonctive et la membrane pituitaire.

Nous avons vu que les dartres qui sont accompagnées de beaucoup de douleur et de chaleur, celles qui sont pustuleuses ou croûteuses, produisaient assez souvent des ulcérations auxquelles on a donné le nom d'*ulcères dartreux.* En voici les caractères. L'ulcère dartreux est superficiel, son fond est d'un

rouge pâle ; sa circonférence, sinueuse et inégale, est entourée par un bord tranché et d'un rouge vif, et la peau qui l'environne est ordinairement le siége d'une éruption herpétique, qui conserve les caractères de celle à laquelle il a succédé ; il est souvent indolent et stationnaire, quelquefois très-douloureux, et faisant des progrès rapides (*dartre phagédénique*).

Traitement. On a dit depuis long-temps qu'on pouvait juger de l'impuissance de l'art dans une maladie, par le grand nombre et la variété des moyens conseillés contre elle. Cette vérité trouve sa confirmation dans la thérapeutique des dartres. La seule liste des médicamens employés dans ces phlegmasies est effrayante. Nous n'espérons pas la faire complète ; nous n'indiquerons même que les principaux agens qui la composent, après quoi nous essaierons de trouver quelques préceptes au milieu de ce chaos.

Le soufre, sous toutes les formes, à l'intérieur et à l'extérieur, tient le premier rang parmi ces agens ; le mercure vient ensuite, puis l'iode, l'antimoine, les sucs de certaines plantes, telles que la douce-amère, la scabieuse, la pensée, la chicorée sauvage, la patience, la fumeterre, la bardane, le cresson, le trèfle d'eau ; les bains tièdes, simples, émolliens ou sulfureux ; ceux de vapeurs, simples ou médicamenteux ; les douches d'eaux sulfureuses ; les lotions et les fomentations émollientes et narcotiques, avec les décoctions de mauve, guimauve, graine de lin, morelle, jusquiame, têtes de pavots ; le lait, l'huile ; les cataplasmes de même nature ; les astringens, comme les dissolutions de sels de plomb, de cuivre, de zinc ; les pommades adoucissantes ou irritantes ; les lotions avec des liquides irritans, comme l'eau salée, la liqueur de Van-Swieten, l'eau spiritueuse de lavande, celle de Cologne ; les vésicans sur la dartre même ; la cautérisation avec le nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure en dissolution, ou avec le feu ; les purgatifs de toute espèce ; les amers ; les toniques ; en un mot, presque toute la matière médicale.

Pour se livrer avec quelque espérance de succès au traitement des dartres, il faut toujours commencer par porter son attention sur quatre circonstances principales, savoir : l'intensité de l'inflammation, son ancienneté, les moyens auxquels elle a résisté, et l'état des voies digestives. Si l'inflammation est vive, récente, vierge de tout traitement, et les voies digestives saines, les chances de réussite sont nombreuses par la méthode antiphlogistique pure; elles diminuent, et le traitement peut réclamer quelques modifications, par l'absence d'une ou deux de ces conditions; elles sont le moins nombreuses qu'il est possible dans les conditions opposées, et le traitement est presque toujours empirique.

Règle générale, il est avantageux de commencer le traitement d'une dartre quelconque par la méthode antiphlogistique, y compris les saignées générales et locales autour de la phlogose, si elle est intense; bornée aux émolliens et aux narcotiques en lotions, bains et cataplasmes, si l'irritation est moindre. Les révulsifs, tels que vésicatoires ou cautères, et les purgatifs à petites doses et long-temps continués, si les voies digestives sont exemptes de toute irritation, sont souvent associés avec avantage aux moyens précédens; enfin, dans les dartres chroniques et un peu vives, on a souvent recours, avec succès, à l'emploi des astringens appliqués sur la partie même où siége l'inflammation. Ces trois méthodes thérapeutiques, antiphlogistique, révulsive, et astringente, sont rationnelles, et nous en retrouverons l'emploi dans toutes les phlegmasies possibles. Si nous y joignons celle qui consiste à changer le mode d'irritation, en appliquant sur la partie qui en est le siége un vésicatoire, un caustique liquide ou le feu, nous aurons fait connaître les quatre principales méthodes de traitement applicables aux dartres, et nous serons dispensés d'entrer dans les spécialités. Disons cependant que le soufre semble agir d'une manière particulière sur ces phlegmasies, et que son mode d'action est inconnu; mais souvent il est

infidèle et même nuisible, et l'on a beaucoup exagéré son efficacité.

Un régime doux concourt efficacement à la guérison des dartres; il est surtout indispensable quand les phlegmasies accompagnent un certain degré d'irritation gastrique, qui est ordinairement annoncé par un appétit vorace; il l'est, à plus forte raison, quand elles dépendent de cet état des voies digestives, comme nous avons vu que cela avait lieu pour la plupart des variétés de la dartre pustuleuse; enfin il l'est encore, quand l'irritation cutanée fait naître une phlegmasie gastro-intestinale sympathique, ainsi que nous avons dit qu'il arrivait fréquemment; et, dans ce dernier cas même, la diète absolue, l'usage des acidules ou des émolliens, et les saignées locales épigastriques, peuvent être réclamés par l'intensité de la gastro-entérite. Les ulcères dartreux n'exigent que des soins locaux, une extrême propreté et un pansement composé d'un linge fenêtré enduit de cérat auquel on donne les qualités médicamenteuses en rapport avec la nature du traitement général, et par-dessus lequel on met un plumasseau de charpie sèche ou imprégnée de quelque liquide émollient, narcotique ou astringent.

De la teigne.

La teigne est une phlegmasie chronique du derme chevelu, qui a de commun avec la dartre d'être accompagné de prurit, de donner lieu à une exsudation plus ou moins considérable d'un fluide séreux, libre ou renfermé dans des pustules, et susceptible de se concréter, d'être lente dans sa marche, et enfin de résister long-temps aux divers agens thérapeutiques. Les légères différences qui l'en séparent paraissent tenir uniquement à la texture particulière du derme chevelu, plus dense, contenant moins de tissu cellulaire et un bien plus grand nombre de bulbes et de poils que les autres parties de la peau sur lesquelles les dartres se développent.

Causes. Elles sont assez obscures. L'enfance en est presque exclusivement atteinte ; cependant on l'a vue se déclarer quelquefois, mais très-rarement, chez les adultes et même chez les vieillards. La malpropreté et l'usage des alimens grossiers et indigestes paraissent concourir à son développement. On pense que les coiffures trop chaudes et excitantes, comme les calottes de laine sur la peau, en sont une des causes fréquentes. On croit aussi que les passions violentes, telles que la colère, chez une nourrice, peuvent faire naître cette maladie chez son nourrisson, s'il prend le sein immédiatement après qu'elle s'est livrée à son emportement. M. Alibert a observé un exemple de ce mode de production de la teigne ; mais elle se transmet le plus ordinairement par voie de contagion, sans être cependant toujours contagieuse.

Symptômes et *marche.* M. Alibert admet cinq espèces de teigne. Sans attacher la moindre importance à ces divisions, dont les bases nous paraissent peu solides, nous croyons devoir les reproduire ici.

Première espèce. Teigne faveuse ou *alvéolée.* Petits boutons pustuleux, accompagnés d'une vive démangeaison, contenant une matière purulente qui se dessèche en croûtes ayant la forme de tubercules arrondis, déprimés en godets à leur centre, relevés sur les bords, de couleur jaune grisâtre, lesquels s'accroissent, se réunissent en masses croûteuses, épaisses et informes, qui se renouvellent à mesure qu'on les enlève, et laissent voir au-dessous d'elles le derme chevelu rouge et enflammé. L'odeur qui s'exhale de cette teigne se rapproche de celle du chat ; les intervalles que laissent entre elles les croûtes sont continuellement recouverts d'écailles furfuracées ; la peau se gerce quelquefois, et il suinte des crevasses qui en résultent une matière ichoreuse ou purulente, et parfois corrosive. De petits abcès, épars çà et là, se développent assez souvent dans l'épaisseur du derme chevelu. Cette teigne, lorsqu'elle est négligée, produit promptement l'alopécie plus ou moins com-

plète. Les poux semblent naître sous les croûtes. Enfin elle s'étend quelquefois au front, aux tempes, aux épaules, aux coudes, aux bras. M. Alibert dit l'avoir vue s'étendre depuis le haut des lombes jusqu'au sacrum, sur le devant des genoux, au tiers externe et supérieur des jambes, etc.

Deuxième espèce. Teigne granulée ou *rugueuse.* Dans celle-ci les croûtes forment de petits tubercules irréguliers, inégaux, bosselés, de couleur grise ou brunâtre, sans excavation ni enfoncement à leur centre. Elle n'occupe ordinairement qu'un petit espace du derme chevelu, à la partie postérieure et supérieure de la tête, et les croûtes qu'elle y forme ressemblent quelquefois à des fragmens de mortier grossièrement brisé, ou à du plâtre tombé des murs et sali par l'humidité et la poussière ; elles sont souvent très-dures et ont une consistance comme pierreuse. Une plus ou moins grande quantité d'écailles minces, sèches et furfuracées entourent ces croûtes. Lorsqu'on les enlève, on voit la peau, aux endroits qu'elles occupaient, lisse, polie, rouge, enflammée et souvent tuméfiée. On aperçoit aussi, çà et là, de petits abcès blanchâtres, superficiels, et dont le pus, en se desséchant à l'air, reproduit les croûtes. Quand celles-ci sont encore humides, elles ont une odeur analogue à celle du beurre ranci ou du lait qui commence à se putréfier, qu'elles perdent à mesure qu'elles se dessèchent. La teigne granulée reste presque toujours bornée au derme chevelu ; elle s'étend rarement jusqu'au visage, et jamais plus loin.

Troisième espèce. Teigne furfuracée ou *porrigineuse.* Cette phlegmasie commence par une desquamation de l'épiderme de la tête, accompagnée de prurit et d'un suintement ichoreux, qui s'attache et forme, en se desséchant, sur les cheveux, une quantité plus ou moins considérable d'écailles blanches ou roussâtres, semblables à du son ou à de la farine grossière. Elles se détachent aisément quand elles sont sèches, et laissent voir le derme chevelu lisse, poli, luisant, comme vernissé et

de couleur rosée. Cette teigne s'étend quelquefois jusque sur le front et les sourcils, et rien ne la distingue, à ce siége, de la dartre furfuracée avec laquelle elle a d'ailleurs la plus parfaite analogie. Quand elle est sèche, elle est inodore; mais lorsque de petites vésicules ou de petites ulcérations l'accompagnent, le liquide visqueux qui en suinte a l'odeur du lait aigri ou corrompu.

Quatrième espèce. Teigne amiantacée. Elle est caractérisée par de petites écailles très-fines, d'une couleur argentine et nacrée, d'un aspect soyeux et chatoyant, lesquelles, en se concrétant, enduisent et unissent les cheveux par paquets et dans toute leur longueur, et ressemblent à la substance connue sous le nom d'*amiante*. Ainsi, comme la précédente, elle n'offre pas de croûtes. Elle est presque toujours sèche, n'exhale aucune odeur, et est accompagnée d'une faible démangeaison. Elle occupe ordinairement la partie antérieure et supérieure de la tête. Quand on coupe les cheveux, on voit la peau comme sillonnée, rouge et enflammée, mais moins que dans les espèces précédentes. M. Alibert a le premier signalé cette espèce, qui n'attaque presque que les adultes.

Cinquième espèce. Teigne muqueuse. Elle consiste dans des pustules ou des vésicules remplies par un liquide transparent coloré d'un blanc jaunâtre et tenace, suivies, après leur rupture, de petites ulcérations superficielles qui laissent suinter une humeur muqueuse semblable à du miel corrompu, collant les cheveux en masse et par couches. Quelquefois ce liquide, provenant des pustules ou des ulcérations, se concrète en croûtes de couleur cendrée, jaunes comme de la cire, offrant même souvent une nuance verdâtre, ou bien d'un jaune paille mêlé d'une teinte rougeâtre. Il se forme quelquefois des abcès très-douloureux dans le cuir chevelu, ou bien le tissu cellulaire se tuméfie seulement par places, de manière à produire des bosses sur la tête, lesquelles s'affaissent insensiblement par la rupture des vésicules voisines. Les oreilles et les joues peu-

vent être atteintes par la phlogose et le gonflement; la démangeaison est alors extrême et augmente par le contact de l'air. La rougeur du derme chevelu est moins marquée dans cette espèce de teigne que dans les précédentes. Les cheveux tombent souvent.

Tels sont les symptômes particuliers à chaque espèce de teigne : l'engorgement des ganglions lymphatiques du cou, des épaules et des aisselles; la perte absolue des cheveux, ou leur remplacement par des poils blancs, mous, courts et lanugineux; l'inaptitude aux travaux intellectuels et aux exercices du corps, et quelquefois le marasme, sont les symptômes communs à toutes les espèces. Chez quelques individus, le développement du corps est arrêté, et l'enfance se prolonge jusqu'au-delà de la vingtième année. Enfin, dans quelques cas, on a vu un liquide glutineux, semblable à celui qui s'écoule de la tête, suinter des ongles par la section. La teigne faveuse est la plus fréquente de toutes; la teigne muqueuse est à peu près aussi commune; mais la teigne granulée est rare, la teigne furfuracée, plus encore; et la teigne amiantacée, la plus rare de toutes.

Durée, terminaisons et *pronostic.* La teigne est presque toujours d'une très-longue durée, quelques individus même la gardent toute la vie. Cependant elle entraîne rarement la mort, et quand cela arrive, ou bien c'est parce que, supprimée trop brusquement, l'inflammation s'est emparée d'un organe important, ou parce que, tenace et intense, elle a fini par faire naître une phlegmasie sympathique dans les voies digestives et quelquefois dans le cerveau; ou bien, enfin, par l'épuisement et le marasme produits par la continuité de la douleur et l'abondance du suintement ichoreux. Mais le plus ordinairement elle guérit spontanément ou par l'art. En général, c'est une maladie plus dégoûtante que dangereuse.

Caractères anatomiques. La peau est privée de son épiderme, et son tissu est rougeâtre et gorgé d'un fluide sangui-

nolent; le tissu cellulaire sous-cutané présente ordinairement le même aspect, les os eux-mêmes ont été trouvés rouges et augmentés d'épaisseur (Beauchène). Au reste, il y a des recherches intéressantes d'anatomie pathologique à faire sur cette maladie.

Traitement. La difficulté que l'on éprouve à guérir la teigne a fait essayer et vanter une foule de moyens contre cette affection; mais il est à remarquer que ceux qui ont paru les plus efficaces sont les mêmes dont on vante les bons effets contre les dartres, ce qui tend à confirmer l'identité de ces affections. Ainsi, à l'intérieur, la pensée, la scabieuse, le trèfle d'eau, la chicorée sauvage, le cresson, le beccabunga, la patience, la fumeterre, la douce-mère, la bardane, etc., et, à l'extérieur, le soufre sous toutes les formes, sont encore les moyens qui comptent le plus de succès; les cautères, les sétons et les purgatifs à petites doses et continués, sont également employés avec avantage comme révulsifs; enfin, un régime sévère n'est pas moins indispensable dans le traitement de la teigne que dans celui des dartres.

Mais la médication antiphlogistique, qui n'a point encore été employée contre cette affection avec toute l'énergie et la persévérance convenables, produirait sans doute d'excellens effets. La nature de la maladie, l'extrême lenteur de la guérison par les moyens réputés les plus efficaces, et les avantages que l'on a toujours retirés de l'emploi même momentané des émolliens, tout tend à faire croire que cette méthode, secondée par les révulsifs et le régime, procurerait la guérison de la plupart des teignes. Des autorités et des faits viennent à l'appui de cette opinion. Galien, Ruffus et Rhazès proscrivaient tous les irritans; Avicenne se bornait à laver la tête avec de l'huile de roses ou de violettes; Ambroise Paré, Forestus et Gui de Chauliac ont conseillé la saignée; et, de nos jours, M. Alibert a produit un soulagement subit par une seule application de sangsues derrière les oreilles, et obtenu des guérisons com-

plètes par l'emploi continu de linges trempés dans une décoction de guimauve. Enfin, de tout temps, avant de recourir à l'emploi des topiques irritans, on a recouvert la tête de cataplasmes émolliens pour détacher les croûtes teigneuses, et le malade a toujours été soulagé par ce moyen simple, sans qu'il soit venu à l'idée des médecins d'en continuer l'usage. On sait encore que la teigne guérit souvent entre les mains des bonnes femmes, par les soins de propreté, l'emploi du beurre frais ou d'une calotte faite avec une vessie imprégnée d'huile.

Cependant il ne faut pas proscrire d'une manière absolue les topiques astringens, répercussifs, irritans, etc., auxquels l'art a dû de tout temps quelques guérisons. Mais ce qu'il faut faire maintenant, c'est d'en préciser les indications. Quand la douleur sera légère ou nulle, l'inflammation amortie et le suintement peu abondant ou presque tari, on pourra recourir à ces topiques; on le pourra d'autant moins que la maladie s'éloignera davantage de ces conditions; on s'en abstiendra avec soin dans les circonstances opposées. Le choix du topique ne saurait être non plus indifférent. Les plus énergiques seront réservés pour les teignes indolores, pâles, peu humides et circonscrites, *et vice versâ;* les astringens et les répercussifs sont dangereux, pour peu que le suintement soit considérable. Nous avons avons employé avec succès la dissolution de chlorure d'oxide de sodium de Labarraque à des degrés de concentration graduellement croissans.

Les principaux topiques irritans employés contre la teigne sont : les sulfates de cuivre et d'alumine, les cantharides, l'oxide de manganèse et la plupart des sels de mercure, y compris le sublimé, incorporés dans l'axonge; l'acétate de cuivre, l'acide nitrique, la pommade citrine, l'arsenic, le cobalt, le chlorure d'antimoine, la décoction de tabac, de cigue, les cataplasmes faits avec la même plante, ou la morelle, la douce-mère, l'eau de chaux, l'eau de Goulard, la gomme ammoniaque dissoute dans le vinaigre et sous forme d'em-

plâtre, le charbon en poudre, et enfin le soufre. Ce dernier médicament paraît être le plus avantageux de tous ceux que nous avons énumérés. Nous ne parlons pas de la calotte de poix, ce moyen barbare est enfin abandonné.

Après la chute des croûtes de la teigne, on aperçoit ordinairement de petites ulcérations, quelquefois étendues en surface, souvent, au contraire, semblables à de petits pertuis qui traverseraient l'épaisseur du derme chevelu; leur siége et les plaques teigneuses qui les accompagnent en indiquent suffisamment la nature. Ces ulcères teigneux ne réclament pas d'autre traitement que celui de la teigne en général. Lorsqu'ils persistent on les fait presque toujours assez promptement disparaître en les frottant avec l'extrémité du doigt enduite d'une très-petite quantité (gros comme un petit pois) d'une pommade composée de 0,98 d'axonge, et 0,02 de nitrate de mercure.

INFLAMMATIONS DU SYSTÈME MUQUEUX.

Considérations générales.

Les membranes muqueuses tapissent toutes les cavités qui communiquent avec la peau par les ouvertures extérieures. Un tissu mollasse et spongieux, variable en épaisseur, depuis une extrême finesse jusqu'à un quart de ligne à peu près; disposé presque partout en cylindres creux; parsemé de villosités ou papilles dont la texture n'est pas bien connue; renfermant, dans tous les points de son étendue, des glandes ou follicules dont la fonction est de sécréter un fluide auquel on a donné le nom de *mucus;* parcouru en tous sens par un très-grand nombre de vaisseaux sanguins qui en forment pour ainsi dire la trame; recevant des nerfs cérébraux et des nerfs ganglionnaires; contenant, outre les absorbans veineux, des absorbans lymphatiques; enfin, arrosé sans cesse par des fluides sécrétés par des corps glandulaires dont les canaux excréteurs viennent s'ouvrir à sa surface; les larmes, la salive, la bile, les urines,

le sperme, etc., telle est en résumé la composition anatomique de ces membranes.

Continuellement en rapport avec les objets extérieurs, soumises à des influences très-variées, douées d'une grande activité vitale en raison du nombre considérable de vaisseaux sanguins et de nerfs qui les parcourent, théâtre de la plupart des principaux phénomènes de la vie, tels que ceux de la digestion et de la respiration, le rôle physiologique des membranes muqueuses devait être et est en effet des plus importans dans l'économie. On conçoit, d'après cela, qu'elles doivent être le siége d'une foule d'irritations, et c'est en effet ce qui a lieu. Les phlegmasies, les hémorrhagies et les névroses de ce système forment bien certainement les cinq sixièmes des maladies qui affligent l'espèce humaine. « Lui seul, a dit Bichat dans « une Nosographie où les maladies sont distribuées par sys« tèmes, doit occuper une place égale à celle de plusieurs (1). » Qu'eût-il donc dit s'il eût été alors démontré, comme aujourd'hui, que la plupart des *fièvres essentielles* sont des irritations des divers points de ce même système ?

Si les membranes muqueuses sont de tous les tissus du corps humain celui dans lequel on observe le plus grand nombre d'irritations de toute espèce, et surtout d'inflammations, c'est un de ceux aussi dans lequel les caractères propres à l'inflammation se dessinent le mieux ; les tissus cellulaire et cutané peuvent seuls être mis sur la même ligne sous ce dernier rapport. La *rougeur* surtout y est en général des plus marquées ; depuis le rose vif elle peut aller jusqu'au brun. Tantôt elle occupe de grandes surfaces et est uniforme, tantôt elle est disposée par plaques, quelquefois régulières, mais ordinairement irrégulières ; d'autres fois enfin par lignes, ou par zones, ou par points ; elle ne manque jamais dans les inflammations aiguës ; dans quelques cas rares, elle s'efface après la mort ; dans

(1) *Anatomie générale*, tome IV, page première.

les phlegmasies chroniques, elle est souvent peu prononcée, mais elle existe constamment. La *tuméfaction*, moins considérable que dans le tissu cellulaire, l'est davantage que dans tous les autres tissus, excepté la peau. On ne peut pas l'apprécier, il est vrai, pour les membranes muqueuses situées dans la profondeur de nos organes, mais on en juge par analogie avec ce qu'elle est dans les muqueuses visibles. La *douleur* n'est pas la même dans tous les points de ce système. Il est digne de remarque qu'elle est en général assez vive aux extrémités des membranes muqueuses, comme à la conjonctive, dans la bouche, au pharynx, au rectum, au gland, au vagin, etc., et obtuse dans les portions intermédiaires. Cette différence tient probablement à cette particularité anatomique signalée par Bichat, savoir, que les origines du système muqueux reçoivent beaucoup de nerfs cérébraux, et à peine quelques filets provenant du trisplanchnique, tandis que les nerfs du système ganglionnaire prédominent sur les cérébraux dans les muqueuses pulmonaires et gastro-intestinales, celle des intestins ne recevant même aucun de ces derniers. Quoi qu'il en soit, dans aucun point de ces membranes, la douleur n'acquiert jamais une intensité comparable, toutes choses étant égales d'ailleurs, à celle des phlegmasies des systèmes cellulaire, séreux, fibreux, et même osseux : elle est en général sourde, gravative, et souvent même ne se fait pas sentir tant que la partie enflammée reste en repos. Il n'est pas rare de la voir manquer complètement. La *chaleur* est très-vive dans les phlegmasies aiguës de ce système ; elle l'est beaucoup moins dans les chroniques, mais presque toujours assez pour être facilement perçue par les malades ; quelquefois cependant elle ne se développe pas ou s'éteint.

Outre ces quatre phénomènes, communs d'ailleurs à toutes les inflammations, et modifiés seulement par la diversité des tissus, il s'en joint d'autres qui sont particuliers aux membranes muqueuses. Ce sont les suivans. La surface enflammée

commence d'abord par se dessécher, et si des liquides doux peuvent y être déposés, ils sont absorbés avec la plus grande promptitude. Au bout d'un temps plus ou moins long, suivant l'intensité de la phlegmasie et l'idiosyncrasie des individus, les follicules muqueux secrètent un mucus inodore, limpide, séreux, salé, quelquefois âcre, et toutes les glandes dont les conduits excréteurs viennent s'ouvrir sur les points enflammés versent en plus ou moins grande quantité et mêlent à ce mucus les produits de leur sécrétion. Peu à peu la consistance de celui-ci augmente; il devient opaque, blanc, laiteux, doux, sucré, puis diminue graduellement de consistance et de quantité, si la phlegmasie marche vers la guérison, et n'est bientôt plus sécrété que dans les proportions et avec les qualités normales; ou bien, si la phlegmasie a passé à l'état chronique, il continue à être formé, prend une couleur jaune, grise ou verte, et contracte une odeur fade ou fétide. Dans l'inflammation aiguë, il arrive quelquefois que ce liquide se concrète, s'étend en nappe sur la membrane, prend le plus ordinairement une apparence membraneuse, et finit même par s'organiser quelquefois, au moyen de vaisseaux de communication, avec la membrane muqueuse. Les vers naissent par un travail d'organisation analogue dans beaucoup de cas. (Voyez *Productions morbides*.)

Tels sont les phénomènes locaux que l'on observe le plus ordinairement dans les phlegmasies des membranes muqueuses. Examinés après la mort, tous les points qui ont été le siége de l'inflammation sont rouges à divers degrés, depuis le rose vif jusqu'au brun, et cette coloration est uniforme, ou arborisée, ou pointillée, etc. La membrane est en outre rugueuse, épaissie, et a perdu la plus grande partie de sa cohésion. Si la phlegmasie a duré un certain temps, il est rare que la membrane ne soit pas ulcérée, car aucun tissu ne s'ulcère aussi facilement. Enfin, les autres effets de l'inflammation des muqueuses sont, dans l'ordre approximatif de leur plus grande

fréquence, les hémorrhagies, la dégénération gélatiniforme, les végétations, les excroissances, la perforation, le cancer et la gangrène.

De toutes les inflammations, ce sont en général celles des membranes muqueuses qui mettent en jeu le plus grand nombre de sympathies, et celles qni influent le plus promptement et le plus puissamment sur le cœur, la chaleur animale et l'encéphale. Mais la plupart des phénomènes qu'elles provoquent varient avec le siége qu'elles occupent sur les divers points du système, et établissent de la sorte les différences entre chacune de ces phlegmasies, en deviennent les caractères propres, et ne peuvent par conséquent être décrits qu'avec elles. Nous arrèterons seulement l'attention, dans ces généralités, sur l'action remarquable qu'exercent les inflammations des membranes muqueuses sur la peau, les glandes dont les conduits excréteurs viennent s'ouvrir à leur surface, et les ganglions lymphatiques qui les avoisinent.

Nous avons déjà vu, en traitant des irritations cutanées, qu'elles étaient souvent accompagnées de l'inflammation de la membrane muqueuse digestive, que souvent même elles étaient sous son entière dépendance, et qu'elles s'exaspéraient ou guérissaient avec elle. Nous aurons plus d'une fois encore l'occasion de répéter cette observation, et de remarquer des taches rouges, livides ou pourprées, des boutons, des vésicules et des pustules cutanées, au nombre des symptômes de cette inflammation. Nous remarquerons aussi la chaleur âcre et la sécheresse de la peau, l'accompagnant constamment dans l'état aigu comme dans l'état chronique, tandis que nous verrons l'inflammation de la membrane muqueuse des voies aériennes, aiguë et chronique, provoquer une chaleur douce et la sueur.

Chaque fois que l'inflammation a son siége dans une portion de membrane muqueuse où se trouve le canal excréteur d'une glande, l'irritation est aussitôt transmise à celle-ci par voie de sympathie, sa sécrétion augmente, et le produit de cette sé-

crétion est versé en abondance sur la surface enflammée. C'est ainsi que la bile afflue dans le duodénum et l'estomac phlogosés. Mais lorsque l'inflammation de la membrane muqueuse est très-violente, ou qu'elle se prolonge pendant long-temps, la glande peut finir par s'enflammer elle-même ; et c'est même par cette voie que le foie, par exemple, reçoit la plupart des causes de ses phlegmasies.

Les choses se passent encore d'une manière analogue pour les ganglions lymphatiques situés dans le voisinage des membranes muqueuses enflammées. Ces ganglions s'échauffent, se gonflent, rougissent, augmentent peu à peu de volume, puis pâlissent, se ramollissent à leur centre, et finissent enfin par devenir autant de petits foyers purulens. C'est absolument le même phénomène qu'à la peau. Le nombre des ganglions qui se développent ainsi est proportionnel à l'étendue de la surface irritée, et leur position correspond toujours aux points les plus directs de cette surface. Mais la rapidité avec laquelle ils parcourent leurs périodes jusqu'à la désorganisation n'est pas toujours dans un rapport constant avec l'intensité de l'irritation; elle est principalement accélérée ou retardée par les dispositions individuelles, l'idiosyncrasie des individus. Ainsi on voit des ganglions mésentériques engorgés, suppurer en six semaines chez un individu, et rester stationnaires pendant des mois et même des années chez un autre placé dans les mêmes circonstances.

De l'inflammation des membranes muqueuses des sens

Ces membranes sont, celle de l'œil ou conjonctive, celle de l'oreille, celle qui tapisse les fosses nasales ou la pituitaire, et celle qui revêt l'intérieur de la bouche. On désigne les phlegmasies de ces membranes par les noms d'*ophthalmie*, *otite*, *coryza*, *aphthes*, *stomacacé*, etc. Il serait utile de remplacer le premier par le mot *conjonctivite*, le troisième par celui de

rhinite, et les deux derniers par ceux de *buccite* ou *stomatite*. Quelques auteurs l'ont déjà fait, et nous les imiterons.

De la conjonctivite.

La conjonctivite est, comme l'indique son nom, l'inflammation de la membrane conjonctive ; c'est l'*ophthalmie* des auteurs. Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente.

Conjonctivite aiguë.

Causes. L'enfance et la vieillesse sont les époques de la vie où l'homme est le plus disposé à la conjonctivite ; la femme en est plus souvent atteinte que l'homme. Toutes les professions qui exercent l'œil sur de très-petits objets et à une vive lumière, celles qui obligent les individus à vivre au sein d'une atmosphère tenant en suspension des poussières irritantes mécaniquement ou par leurs propriétés chimiques, ou bien au milieu de gaz irritans, ou exposés à un feu très-ardent ; toutes ces professions, disons-nous, prédisposent à contracter cette phlegmasie. Les causes d'excitation continuelle auxquelles elles exposent les organes de la vue, suffisent même quelquefois pour les enflammer par la continuité ou la trop grande intensité de leur action. Elles produisent souvent cet effet d'une manière assez rapide lorsqu'elles agissent sur des individus inhabitués à leur influence. Les autres causes sont : l'introduction des corps étrangers sous les paupières, les coups, piqûres, brûlures et opérations sur ces organes ou sur l'œil lui-même ; le renversement d'un ou plusieurs cils, les vapeurs irritantes, la fumée, la poussière, la réverbération d'une lumière solaire très-intense sur un sable brûlant ; les couleurs éclatantes, comme le rouge, ou éblouissantes, comme la neige, regardées pendant long-temps ; un coup de vent frais sur les yeux ou sur une partie quelconque de la tête lorsqu'elle est en sueur ; cer-

tains brouillards et quelques autres états inconnus de l'atmosphère; le froid humide sur les enfans nouveau-nés; l'extension à la conjonctive d'une phlegmasie aiguë ou chronique de la peau du visage; le virus vénérien; enfin, les causes inconnues de la *rougeole* et de la *scarlatine*. On dit aussi que la conjonctivite est quelquefois l'effet sympathique de la dentition ou des vers. Nous l'avons vue entretenue par une irritation gastrique.

Symptômes. Le premier qui se manifeste est assez fréquemment la sensation d'un corps étranger existant sous les paupières; quelquefois c'est un picotement, et d'autres fois de la chaleur et de la cuisson. Si l'invasion est brusque, elle est ordinairement précédée de frissons. Dans tous les cas, la conjonctive palpébrale et oculaire s'injecte, des vaisseaux sanguins nombreux se dessinent à sa surface, et bientôt, suivant l'intensité de l'irritation, elle offre une rougeur uniforme dans toute son étendue, ou bien n'est que sillonnée par des capillaires d'un rouge vif sans changement de couleur dans les intervalles. En même temps l'œil et les paupières sont le siége d'une chaleur brûlante et d'une vive douleur, que la lumière augmente. Quelquefois la sécrétion des larmes est suspendue, et l'œil reste sec; mais le plus ordinairement elles coulent en abondance et inondent les joues, qu'elles excorient dans quelques cas. Le sourcil est froncé, les paupières gonflées et fermées; le contact de la lumière est insupportable. Dans le plus haut degré d'intensité, la conjonctive se gonfle, se boursoufle, forme autour de la cornée un bourrelet circulaire qui fait paraître cette membrane comme enfoncée (*chémosis*); la douleur et la chaleur sont excessives, et souvent le sang brise quelques vaisseaux et coule avec les larmes. Lorsque la conjonctivite a ce degré de violence, la peau est chaude, le pouls fréquent et dur, les artères temporales battent avec force, la soif s'allume, l'appétit disparaît, des nausées et même des vomissemens se déclarent, le mal de tête et l'insomnie tourmentent le malade,

quelquefois, mais rarement, il survient du délire et des convulsions. Ces phénomènes sympathiques sont d'autant moins prononcés que l'inflammation oculaire est moindre et le sujet moins irritable, *et vise versâ*. L'inflammation peut s'étendre à tout le globe de l'œil; alors les douleurs deviennent inouïes, des battemens profonds se font sentir dans l'intérieur de l'organe, qui se tend, dépasse le niveau de l'orbite, et menace de se déchirer. Du sang et du pus se mêlent aux humeurs aqueuse et vitrée, qui en sont troublées, et quelquefois la cornée se déchire et l'œil se vide. Les symptômes généraux dont nous venons de parler accompagnent toujours cette inflammation que l'on a nommée *ophthalmie* interne : il s'y joint même quelquefois des symptômes d'inflammation cérébrale.

Nous ne décrirons pas les symptômes de la conjonctivite légère, il est facile de s'en faire une idée; mais nous devons signaler quelques différences introduites par la nature des causes qui la produisent, l'âge des individus, le siége de l'inflammation sur telle ou telle partie de la membrane, etc. Ainsi, chez les nouveau-nés, la phlegmasie, très-vive au début, diminue promptement; elle est aussitôt suivie de la sécrétion abondante d'une matière puriforme ; ce pus s'accumule sous les paupières, qui sont gonflées, fermées, et très-souvent agglutinées; on le fait sortir par la pression. Lorsque la phlegmasie est le résultat de l'infection vénérienne, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte, elle détermine un boursouflement considérable de la conjonctive et une suppuration abondante; elle est souvent très-douloureuse, et menace l'œil d'une prompte destruction. En un mot, ses symptômes ne diffèrent pas de ceux de la précédente; aussi plusieurs auteurs regardent-ils toute conjonctivite puriforme comme vénérienne. Cette opinion nous paraît trop exclusive, et, chez les enfans, cette forme qu'affecte la conjonctivite lui est commune avec toutes les phlegmasies des membranes muqueuses, qui s'accompagnent toujours à cet âge d'une beaucoup plus abondante sécrétion de mucosités que

chez les adultes. Enfin, elle occupe quelquefois le bord libre des paupières et de la conjonctive, l'éraille, l'ulcère et fait tomber les cils; telle est la conjonctivite des boutons vario-liques et celle qui résulte d'une dartre.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Comme dans toutes les phlegmasies, on a reconnu à celle-ci trois périodes; nous regardons ces distinctions comme superflues. Sa marche est subordonnée à l'intensité de l'inflammation, au mode de traitement employé, à la nature de la cause, etc.; il en est de même de sa durée. Terme moyen, elle dure de dix à quinze jours; mais elle se prolonge quelquefois pendant deux mois sans perdre son caractère aigu. Elle se termine par résolution ou par le passage à l'état chronique, ce qui est très-fréquent: elle est la cause ordinaire des taches de la cornée, désignées sous les noms de *leucoma* et *albugo*, du *staphylôme*, du *ptérygion*; enfin elle peut s'étendre à tout le globe de l'œil, et en entraîner la désorganisation lorsqu'elle est très-intense et surtout lorsqu'elle occupe les deux yeux; elle cause quelquefois la mort. La perte complète de la vue en est rarement la suite; toutes les maladies de l'œil que nous aurons occasion d'étudier dans le cours de cet ouvrage peuvent en être les effets. Le pronostic varie avec ses causes et son intensité; en général il est peu grave. Elle règne quelquefois épidémiquement, et ordinairement alors elle est intense; dans quelques circonstances elle paraît avoir été contagieuse.

Caractères anatomiques. La rougeur, le gonflement et la rugosité de la conjonctive sont les caractères non équivoques de la phlegmasie de cette membrane.

Traitement. Si l'ophthalmie est violente, il faut débuter par faire une large saignée du bras ou du pied, et même la répéter si l'inflammation ne diminue pas promptement. Ce n'est ordinairement qu'après avoir mis ce moyen en usage que les saignées locales sont suivies de succès. On pratique celles-ci avec les sangsues, le plus près de l'œil possible, abondantes

et répétées. On obtient presque toujours un prompt soulagement en plaçant deux ou quatre petites sangsues sur la conjonctive palpébrale ; mais un léger inconvénient suit assez souvent cette pratique. Les piqûres des sangsues laissent à l'intérieur de la paupière des cicatrices saillantes qui, pour peu qu'elles soient nombreuses, en gênent tous les mouvemens, ou tout au moins la font paraître comme bosselée à l'extérieur. Il est un moyen qui procure un dégorgement tout aussi rapide et n'offre aucun inconvénient; c'est la rescision des vaisseaux engorgés, à l'aide de ciseaux courbes sur leur plat, tout autour de la cornée ou dans les points où le boursouflement est le plus considérable. Les scarifications avec la pointe d'une lancette, un épi de blé, etc., augmentent beaucoup l'irritation sans produire des avantages aussi marqués que l'opération précédente. En même temps on fait, plusieurs fois le jour, des lotions émollientes sur l'œil avec le lait, la décoction de mauve, de guimauve, etc., et l'on recouvre dans les intervalles cet organe avec des cataplasmes de mie de pain et de lait, de pulpe de pomme cuite, de feuilles de mauve, la décoction très-forte de têtes de pavots, etc. Pour prévenir l'agglutination des paupières entre elles, on place sur leurs bords libres un corps gras, tel que du cérat; on doit en enduire aussi les joues si les larmes trop âcres les excorient. Scarpa conseille, pour modérer l'excessive chaleur que le malade éprouve dans les parties enflammées, d'introduire avec la pointe d'un stylet, entre les paupières et le bulbe de l'œil, du blanc d'œuf frais ou du mucilage des semences de *psyllium* étendu dans l'eau de guimauve distillée. Si les cataplasmes ne peuvent être supportés, on les remplace par des petites compresses fines, trempées dans une décoction émolliente ; et si leur poids incommode encore, on laisse l'œil recouvert d'un simple bandeau qui ne le touche pas, et toutes les deux heures on l'expose à la vapeur émolliente peu chaude. Le malade doit être placé dans une chambre à peine éclairée, plutôt fraîche que

chaude, avoir la tête serrée, être couché, garder le repos parfait, faire une diète sévère, prendre des boissons délayantes et des lavemens émolliens.

Tel est le traitement dont on ne doit pas se départir tant que l'inflammation est dans toute sa violence. Lorsqu'elle est considérablement diminuée, que la chaleuret la douleur sont presque nulles, il faut cesser les émolliens, excepté dans les cas où l'on a rescisé les vaisseaux de la conjonctive, et les remplacer par les collyres astringens avec l'acétate de plomb (trois à quatre grains), ou le sulfate de zinc (cinq à six grains), dans cinq à six onces d'un mucilage ou de l'eau distillée de plantain ou de roses. Ces topiques sont employés froids de préférence, à moins que le malade ne puisse pas les supporter; alors on les applique tièdes et on en diminue graduellement la température. A cette époque de la maladie, on doit, si elle résiste à ces dernier moyens, exercer une révulsion sur les voies digestives par les purgatifs doux et répétés, ou appliquer un vésicatoire au bras, ou mieux à la nuque.

Le traitement que nous venons de tracer reçoit quelques modifications suivant la nature de la cause de l'inflammation et le siége qu'elle affecte. Ainsi lorsque la conjonctivite succède à la disparition subite d'un écoulement blennorrhagique, il faut joindre au traitement antiphlogistique le plus énergique des moyens capables de rappeler l'urétrite ; tels sont les cataplasmes au périnée, chauds et fréquemment renouvelés, les injections et surtout l'introductiou d'une bougie dans l'urètre. Nous avons plusieurs fois employé avec succès des frictions avec un mélange à parties égales de cérat et d'onguent mercuriel sur les paupières des enfans atteints d'ophthalmie puriforme, surtout en les faisant précéder des saignées locales, et les accompagnant de lotions émollientes, d'infusion de sureau et de mélilot, de guimauve, etc. Quand l'inflammation occupe plus spécialement les cartilages tarses, et qu'elle produit des ulcérations, après l'avoir diminuée d'intensité, on a recours

aux pommades de Janin, de Desault, de Régent, de Lyon, à l'onguent mercuriel, etc., dont on enduit toutes les parties enflammées et ulcérées. Dans ce cas, elle est presque toujours chronique. Lorsqu'elle est occasionée par la présence d'un corps étranger, on extrait celui-ci s'il est solide et insoluble; on injecte des liquides mucilagineux s'il est de nature à se dissoudre. Quand elle dépend de l'infection syphilitique, on fait succéder les mercuriaux au traitement antiphlogistique. Enfin, on pratique des injections émollientes entre l'œil et les paupières dans la conjonctivite produite par des boutons de variole, afin de prévenir l'adhésion de ces parties entre elles, et l'on administre de légers purgatifs lorsque la desquamation commence.

Conjonctivite chronique.

Sous cette forme, la conjonctivite a le plus ordinairement son siége sur la conjonctivite palpébrale, et principalement sur celle de la paupière inférieure; elle occupe cependant assez souvent le globe oculaire lui-même.

Causes. Elle succède souvent à l'aiguë, et reconnaît en général les mêmes causes. Nous citerons cependant, comme les plus ordinaires, la variole, la rougeole, le virus syphilitique, les scrofules, une dartre, toutes celles qui résultent de la profession, l'état de grossesse, la dentition, certaines irritations des voies digestives, telles que celles qui produisent la présence des vers, l'abus du café, des liqueurs spiritueuses.

Symptômes. Ils ne diffèrent de ceux de l'état aigu que par leur intensité moindre, ce sont encore : la rougeur et l'injection de la conjonctive oculaire et palpébrale, la chaleur, la cuisson et le larmoiement; fréquemment la conjonctive de la paupière inférieure est seule phlogosée; elle est gonflée, et, en la renversant, on la voit d'un rouge plus ou moins vif, uniforme, ponctué, ou coupé de lignes perpendiculaires très-ré-

gulières. Quelquefois le bord libre de la paupière est ulcéré, inégal et privé de cils; cela arrive, ainsi que nous l'avons déjà dit, à la suite de la variole, ou par l'effet d'une irritation dartreuse; une chassie plus ou moins abondante agglutine les paupières tous les matins.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La marche de la conjonctivite chronique est lente, et sa durée toujours longue; elle dure quelquefois plusieurs années; elle se termine par résolution, par le nuage ou *albugo*, et par les phlyctènes de la cornée. La gravité du pronostic est en raison composée de l'ancienneté de la phlegmasie, du nombre des moyens qui ont déjà été employés contre elle, de son étendue, des désordres qu'elle a opérés dans la partie, et de la nature de la cause qui l'a produite ou qui l'entretient.

Traitement. Lorsque la conjonctivite chronique est entretenue par la profession du malade, il faut avant tout qu'il y renonce, sinon tous les moyens qu'on tenterait pour en opérer la guérison resteraient sans effet. Il en est de même lorsqu'elle est produite par le renversement des cils ou la présence d'un corps étranger quelconque, on doit commencer par écarter ces causes; il suffit même très-souvent de cette seule précaution pour guérir la phlegmasie qu'elles ont fait naître; mais hors ces cas, la guérison n'est pas toujours aussi facile.

Pour peu que la conjonctivite chronique se rapproche de l'état aigu, et dans tous les cas où elle est vierge de tout traitement, il est convenable d'en tenter la cure par les anti-phlogistiques, ne fût-ce que pour préparer les parties à mieux recevoir les stimulans auxquels on devra recourir plus tard. Mais en quelque jours on doit être fixé sur l'utilité ou l'impuissance de cet ordre de moyens, et y renoncer promptement ou les continuer suivant les résultats. Les astringens sont en général les médicamens les plus efficaces; on les fera donc succéder aux émolliens, si on a cru devoir commencer par l'emploi de ceux-ci; très-souvent on y a recours de prime-abord. Parmi

ces moyens et quelques autres stimulans utiles, nous citerons de préférence les collyres avec le sulfate de zinc ou l'acétate de plomb, les lotions avec la dissolution de deuto-chlorure de mercure dans l'eau de roses (de 12 à 48 grains par livre), le laudanum liquide, les pommades de Janin, de Desault, etc., le proto-chlorure de mercure réduit en poudre et insufflé dans l'œil lorsque la phlegmasie est syphilitique, enfin les vapeurs aromatiques et les bains d'eau très-chaude. Si des vaisseaux variqueux existent à la surface de la conjonctive, on les excise, c'est le meilleur moyen de prévenir et de guérir, s'il est déjà formé, le nuage de la cornée ou albugo.

En même temps qu'on emploie tous ces moyens locaux, il est presque toujours utile et souvent indispensable d'en seconder l'effet par les purgatifs légers mais continus, qui établissent une révulsion, pour ainsi dire permanente, sur les voies digestives, et par le vésicatoire ou le séton à la nuque. Si la conjonctivite existe avec une maladie vénérienne, le traitement antisyphilitique devient nécessaire. Quelques toniques à l'intérieur, un air sec et chaud, et une nourriture saine, doivent être prescrits si le malade est affecté d'engorgement des ganglions lymphatiques du cou, s'il est, en un mot, scrofuleux. Enfin, quand la phlegmasie est entretenue par l'abus du café ou des liqueurs spiritueuses, ou par l'usage d'alimens âcres, salés ou fumés, ce n'est qu'après avoir éloigné ces causes qu'on peut espérer la guérison.

Conjonctivite intermittente.

Les exemples de conjonctivite intermittente sont assez nombreux; c'est même la plus fréquente de toutes les phlegmasies extérieures offrant ce type. Ses causes sont celles de toutes les irritations intermittentes; ses symptômes, ceux de la conjonctivite continue; enfin on la guérit, ou par la méthode antiphlogistique pendant les accès, ou par le traitement antipériodique dans leur intervalle.

De la rhinite.

L'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse les fosses nasales a été désignée par les auteurs sous les noms de *catharre nasal*, *rhume du cerveau*, *coryza*, etc.; on l'observe sous les formes continue, intermittente, aiguë et chronique.

Causes. L'impression du froid humide sur la peau et surtout sur la tête et aux pieds, le passage du chaud au froid, la suppression d'une transpiration habituelle, les vapeurs et les poudres irritantes et certains brouillards odorans, les coups et les chutes sur le nez, peuvent la produire. Les causes n'en sont pas toujours appréciables, et souvent cette phlegmasie survient sans qu'on sache à quoi l'attribuer; on pourrait presque affirmer, dans ce cas, qu'elle est le résultat d'un refroidissement inaperçu de la tête ou des pieds. La cause inconnue qui produit la rougeole et la scarlatine agit en même temps sur la membrane pituitaire, puisque ces affections sont presque constamment accompagnées de sa phlegmasie.

Symptômes. Ils consistent au début, dans la sécheresse, la rougeur et le gonflement de la membrane, avec éternumens, sentiment de pesanteur à la racine du nez et douleur gravative, perte de l'odorat, quelquefois démangeaison des fosses nasales, enchifrenement et voix nasonnée. La membrane ne reste pas long-temps sèche; elle devient très-promptement le siége d'une sécrétion abondante, aqueuse, incolore, salée, et produisant par son âcreté l'excoriation de la lèvre supérieure au bord des narines. Peu à peu la matière de cette sécrétion s'épaissit; elle devient successivement blanche, jaune, verdâtre, et diminue en même temps de quantité.

Tels sont les symptômes les plus ordinaires de la rhinite; mais lorsque cette phlegmasie est très-violente, la douleur, qui semble avoir son siége dans les sinus frontaux, est très-vive, la tête est pesante; il y a quelquefois de la somnolence, et dans des cas excessivement rares, du délire; les tégumens du

nez et des joues sont gonflés, rouges et sensibles; le malade ne peut plus respirer par le nez; les yeux sont rouges, injectés, pesans, et si l'inflammation s'étend jusqu'à la gorge et aux trompes d'Eustache, la déglutition de la salive est difficile et il existe un peu de surdité, des bourdonnemens et des tintemens d'oreille; enfin, le pouls s'accélère, la peau s'échauffe et la soif s'allume. Il est rare que cette phlegmasie présente des symptômes aussi graves; souvent elle existe avec une bronchite; chez beaucoup de personnes elle est le signe précurseur de celle-ci. Chez les enfans à la mamelle, elle produit presque toujours l'impossibilité de respirer par les narines, et entraîne par conséquent celle de téter. L'enfant exécute bien une ou deux succions, mais il devient violet et abandonne précipitamment le sein en toussant; à l'exception de la toux, les mêmes phénomènes ont lieu si on lui met le doigt dans la bouche.

La rhinite chronique ne consiste souvent que dans un écoulement trop abondant du mucus nasal altéré : tantôt cette matière reste limpide, incolore et sans odeur, tantôt elle est épaisse, jaunâtre ou verdâtre et fétide; quelquefois elle est purulente, dans ce cas il y a ulcération de la membrane (*ozène*); à ce symptôme se joignent quelquefois deux ou trois de ceux que nous avons indiqués pour l'état aigu; les plus ordinaires sont l'enchifrenement, la voix nasonnée, les éternumens fréquens et la perte de l'odorat.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. En général, cette phlegmasie marche rapidement et ne dure que quelques jours; mais il arrive quelquefois qu'elle se prolonge vingt, trente, quarante jours et plusieurs mois. Nous connaissons un individu qui porte un coryza depuis quatorze ans. Presque toujours elle se termine par résolution; toutefois elle est susceptible de tous les autres modes de terminaison des phlegmasies des membranes muqueuses, savoir : la suppuration, l'ulcération, la gangrène, et la dégénérescence lardacée ou cancé-

reuse. Les polypes des fosses nasales sont toujours les résultats d'une rhinite chronique; elle produit aussi l'ozène et la carie des os et des cartilages du nez, mais presque toujours alors elle est elle-même l'effet du virus syphilitique. Rarement cette affection entraîne des suites fâcheuses, presque toujours, au contraire, elle est légère, et n'attire que médiocrement l'attention même des malades.

Caractères anatomiques. Ce sont les mêmes que dans toutes les membranes muqueuses enflammées; par conséquent injection sanguine, épaississement et perte de cohésion, pour l'état aigu; et de plus, ulcération et dégénérescence lardacée après l'état chronique.

Traitement. On réclame rarement les secours de l'art contre cette affection, qui se dissipe le plus communément d'elle-même, ou par de simples précautions contre l'impression du froid. Un bain de pied très-chaud, ou une fumigation émolliente, ou une boisson diaphorétique, la guérissent presque toujours très-promptement. Mais lorsqu'elle est intense, des moyens plus puissans deviennent nécessaires; il faut avoir recours alors à l'application d'une sangsue à l'ouverture de chaque narine, à l'usage continu des boissons sudorifiques, des bains de pied sinapisés et très-chauds, aux vapeurs de plantes émollientes et aux lavemens purgatifs. On doit prescrire, en même temps, une diète proportionnée à l'intensité de la phlegmasie et des désordres sympathiques qu'elle provoque; elle sera absolue dans les cas extrêmes. Lorsque la maladie s'est prolongée dans l'état chronique, on est quelquefois obligé de la combattre par les vésicatoires derrière les oreilles et à la nuque, par des bains de vapeur de tout le corps, les fumigations aromatiques, et principalement par les purgatifs répétés, dont on retire en général de bons effets: les frictions sèches sur la peau ne doivent pas être négligées; il faut aussi préserver avec soin le malade du froid par des vêtemens de laine. Lorsqu'elle a produit l'ozène, les émolliens seuls conviennent. s'il

n'existe pas de complication syphilitique ; il faut y joindre le traitement général de la syphilis dans le cas contraire. Enfin, dans le coryza des enfans à la mamelle, on emploie les fumigations émollientes et quelquefois une petite sangsue à l'entrée des fosses nasales ; pendant tout le temps que dure la maladie, on fait boire l'enfant à la cuiller. En un ou deux jours, elle est ordinairement dissipée, à cet âge (1).

Rhinite intermittente.

Les exemples de cette phlegmasie sous forme intermittente ne sont pas rares ; elle ne présente aucune particularité dans ses causes, ses symptômes, ni son traitement, qui la distingue des autres phlegmasies intermittentes ; elle ne diffère de la continue que par le type.

De l'otite.

Sous ce titre, nous ne décrivons pas seulement l'inflammation aiguë de la membrane interne du conduit auditif, de celle du tympan et de la muqueuse de la caisse et de la trompe d'Eustache, nous y comprenons la phlegmasie chronique des mêmes parties, que M. Itard a décrite sous le nom d'otorrhée. Nous désignons la première sous le nom d'*otite aiguë*, la seconde sous celui d'*otite chronique* (2).

Otite aiguë.

C'est l'inflammation aiguë de la membrane qui s'étend depuis l'orifice du conduit auditif jusqu'à l'extrémité de la trompe

(1) Rayer, *Mémoire sur le coryza des enfans à la mamelle*.

(2) *Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, par M. Itard, etc. Cet ouvrage est certainement une des meilleures nosographies qui aient été publiées depuis long-temps. Aussi, dans tout ce que nous dirons par la suite sur les maladies de l'appareil auditif, nous ne ferons, pour ainsi dire, que reproduire les opinions de ce savant confrère.

d'Eustache. L'otite est *externe*, si elle ne pénètre pas au-delà de la membrane du tambour ; elle est *interne*, si elle occupe la caisse et la trompe. Elle est connue sous les noms d'*otalgie*, *catarrhe*, *abcès de l'oreille*, etc.

Causes. M. Itard regarde la disposition à contracter l'irritation des ganglions lymphatiques du cou ou les scrofules, et celle des membranes muqueuses, et les éruptions cutanées, comme des causes éloignées de l'otite. Le même auteur signale parmi les causes déterminantes, une température froide et humide, l'expositition de la tête nue à un courant d'air rapide, la disparition d'une ophthalmie, la terminaison d'une maladie aiguë, la présence dans le conduit auditif d'un corps étranger, du cérumen épaissi ou d'une concrétion gypseuse, les injections irritantes, l'emploi continu d'un stimulus électrique ou galvanique, la syphilis, les scrofules, la gale ou la variole, une dartre ou un érysipèle des parties environnantes, qui se propagent dans le conduit auditif.

Symptômes et *marche*. Ils diffèrent suivant que l'otite est externe ou interne. La première débute ordinairement par une sorte d'anxiété dans le conduit auditif, bientôt remplacée par une douleur plus ou moins vive, laquelle s'accompagne de sifflement, de bourdonnement, et d'une lésion quelconque de l'audition. La membrane qui revêt le conduit est rouge et gonflée, et dans le plus haut degré de l'inflammation elle est boursouflée et spongieuse. A une époque variable de la maladie, depuis quelques heures jusqu'à trois à quatre jours, à partir de l'invasion de la douleur, il se fait par le conduit auditif un écoulement jaunâtre, puriforme et très-fétide, très-abondant et précédé d'un suintement séreux, et quelquefois sanguinolent si la douleur a été très-vive ; de consistance variable quelquefois dans la même journée ; au bout de quinze jours ou trois semaines augmentant d'épaisseur, présentant la couleur, la consistance et l'odeur d'une matière caséeuse ; se tarissant enfin, pour faire place pendant quelque temps à une abondante sécrétion de cérumen. M. Itard nomme cette forme

de l'otite, *otite externe catarrhale.* Si la phlegmasie se termine par un écoulement de matière puriforme, le même auteur la désigne, ainsi que les formes suivantes, sous le nom d'*otite externe purulente.* Cette suppuration est très-souvent la suite de pustules tantôt séreuses, tantôt purulentes, qui s'ouvrent et se recouvrent de croûtes jaunâtres sous lesquelles séjourne un pus excessivement fétide, toujours sanguinolent, et entraînant au-dehors les débris des croûtes. On observe souvent ces pustules jusque sur la conque et même derrière l'oreille. Lorsqu'un érysipèle se propage dans le conduit auditif, il y détermine souvent, dit M. Itard, des vésicules qui, dès qu'on les ouvre, se changent en véritables ulcères, et fournissent une suppuration de longue durée; il occasione aussi une surdité plus ou moins complète. Enfin, quelquefois il se développe un abcès dans l'épaisseur même du fibro-cartilage, d'où résulte un ulcère fistuleux plus ou moins profond.

L'otite interne s'annonce par une douleur tensive dans l'intérieur de l'oreille, que le bruit et la mastication augmentent. Suivent bientôt des bourdonnemens, l'hémicranie, des sifflemens douloureux, une céphalalgie qui fait dire au malade qu'il a un dépôt dans la tête, et la perte du repos et du sommeil, si l'inflammation est intense. On observe en même temps que le pouls est dur, fréquent et vite; les yeux rouges et sensibles à une vive lumière; quelquefois une démangeaison incommode dans le fond de la gorge vers l'orifice de la trompe d'Eustache; l'engorgement des amygdales; des crachats épais, desséchés, quelquefois sanguinolens, et détachés avec beaucoup de peine de l'arrière-bouche; la sécheresse de la membrane pituitaire, et toujours une surdité complète. Ces symptômes, plus intenses que ceux de l'otite externe, ne suffiraient cependant pas pour caractériser l'interne, si l'on n'y joignait l'absence de phlogose dans le conduit auditif examiné à la lumière solaire, et la durée plus longue de la douleur jusqu'à l'excrétion purulente. Dans l'otite externe, en effet, nous

avons vu que l'excrétion mucoso-purulente ne se faisait pas attendre plus de trois à quatre jours, et avait même quelquefois lieu quelques heures après l'invasion de la douleur; dans l'otite interne, au contraire, la douleur se prolonge pendant plus d'une semaine sans qu'il se fasse d'écoulement, puis tout-à-coup la membrane du tympan se déchire et laisse échapper une matière liée, mêlée de stries sanguinolentes, très-abondante, et qui n'a été précédée par aucun suintement séreux. Quelquefois le pus s'écoule par la trompe, ou peu à peu, ou en masse; dans le premier cas, il s'annonce par un crachotement continuel de matière muqueuse, parfois d'un goût désagréable, et souvent difficile à détacher, surtout le matin; dans le second, le malade rend tout-à-coup une assez grande quantité de matière puriforme, quelquefois sanguinolente, et qui détermine dans l'intérieur de la gorge un chatouillement et un embarras produisant souvent une toux fort incommode. La violence de la douleur dans l'otite interne est due à l'emprisonnement de la matière excrétée dans la caisse, et à son reflux dans les cavités labyrinthiques et vers les cellules mastoïdiennes.

Durée, terminaisons et *pronostic*. La durée de l'otite externe est en général beaucoup moindre que celle de l'interne L'otite externe se termine ordinairement par résolution, rarement par l'état chronique et l'épaississement de la membrane du tympan; elle se propage quelquefois à la membrane muqueuse de la caisse. L'otite interne entraîne d'abord presque constamment la rupture de la membrane du tambour : elle se termine très-souvent par l'état chronique; elle détermine fréquemment la carie du temporal; enfin, elle laisse presque toujours après elle une surdité plus ou moins complète et incurable; il est facile d'asseoir, sur ces bases, le pronostic de l'une et de l'autre.

Caractères anatomiques. On n'a pas eu d'occasions de les étudier encore; il est plus que probable qu'ils sont les mêmes

que dans toutes les autres phlegmasies, et qu'ils consistent dans la rougeur, le gonflement et la perte de cohésion des parties qui ont été le siége de l'inflammation.

Traitement. Le traitement de l'otite est celui de toutes les phlegmasies, dit M. Itard; mais la saignée générale est beaucoup plus efficace que les saignées locales, qui ne procurent qu'un soulagement momentané. On doit y avoir recours, lors même que l'inflammation est légère, afin d'en tenter la résolution, qu'il est si important d'obtenir, surtout dans l'otite interne : à cet effet, on saigne dès le début de la phlegmasie. Tant que l'otite externe ne flue pas encore, on peut la résoudre par des injections avec une décoction de plantain, tenant en dissolution cinq à six grains d'opium, par l'introduction, dans le conduit auditif, d'un bourdonnet de coton enveloppant trois grains de camphre, et par un cataplasme de verveine derrière l'oreille. Mais si l'écoulement a lieu, il faut s'abstenir des narcotiques, et recourir aux adoucissans, aux émolliens, aux instillations de lait tiède, d'eau de guimauve miellée, aux vapeurs émollientes, et à l'application de cataplasmes de farine de graine de lin sur toute l'oreille et la région temporale. Lorsqu'on n'a pu obtenir la résolution de l'otite interne par les saignées, comme la douleur est entretenue par la présence de la matière secrétée par la membrane enflammée, et qu'elle persiste tant que ce fluide purulent ne s'est pas fait jour au-dehors, il est évident que c'est à procurer la prompte issue de ce liquide que tous les moyens doivent tendre. En conséquence, on essaie d'abord d'en faciliter l'écoulement par la trompe d'Eustache, en faisant gargariser le malade avec force, ou bien en lui faisant expirer avec effort de la fumée de tabac, la bouche et les narines étant maintenues fermées avec la main; mais ces moyens sont presque toujours insuffisans, et il faut se hâter de perforer la membrane du tympan, si l'on veut prévenir la surdité, qui est presque toujours la suite du séjour de la matière purulente dans la caisse. Cette perforation s'o-

père au moyen d'un stylet d'écaille que l'on enfonce à la partie antérieure et inférieure de la membrane.

Après cette opération, on pratique pendant quelques jours des injections émollientes dans l'oreille; ensuite on administre des purgatifs drastiques, dont l'aloès et la rhubarbe font la base; on cherche à produire un coryza à l'aide des poudres sternutatoires de muguet, de bétoine, de Saint-Ange, mêlées avec le tabac, et lorsque par ces révulsions on est parvenu à obtenir la diminution de l'écoulement, et qu'il ne reste que peu ou point de douleur, on a recours aux injections astringentes, principalement avec les eaux de Baréges artificielles. Lorsque l'écoulement est purulent, les injections émollientes, l'application réitérée de sept ou huit sangsues à l'auricule, et ensuite l'instillation d'une dissolution de deux gros de potasse caustique dans une pinte d'eau de roses, sont les meilleurs moyens à employer; mais ils sont impuissans, si le malade est en même temps atteint de scrofules, de syphilis, ou de dartres; il faut alors traiter ces maladies par les moyens qui leur sont propres : aussitôt qu'elles sont guéries, la suppuration se tarit ordinairement d'elle-même.

Otite chronique.

C'est la phlegmasie chronique des mêmes parties dont nous venons d'étudier l'inflammation aiguë; elle comprend les deux espèces d'*otorrhée*, créées par M. Itard, la *catarrhale* et la *purulente*.

Causes. Ce sont ordinairement les mêmes que celles de l'otite aiguë, à laquelle elle succède presque toujours. Il arrive quelquefois cependant qu'elle débute sous la forme chronique, et cela a lieu principalement lorsqu'elle remplace une conjonctivite, une urétrite ou une vaginite chronique; elle est quelquefois entretenue par la présence d'une concrétion, d'un corps étranger, ou d'une tumeur fongueuse dans le conduit auditif. Quand la matière de l'écoulement est purulente, il y a toujours carie de l'apophyse mastoïde ou du rocher.

Symptômes. Ici ne se présente plus la distinction de l'otite en externe et interne, parce que le conduit auditif et la caisse communiquent ensemble dans cette affection, par l'effet de la perforation de la membrane du tympan, qui a toujours lieu, soit que l'inflammation commence par le conduit, soit qu'elle débute par la caisse. Les symptômes consistent dans un boursouflement fongueux et uniforme du conduit auditif, accompagné d'un écoulement de matière muqueuse, dont la couleur, l'odeur et la consistance varient, comme il arrive dans toutes les phlegmasies chroniques. La quantité de cet écoulement, proportionnée en général à l'étendue de la phlegmasie, varie aussi, et souvent plusieurs fois, dans le cours de la même maladie; quelquefois même il se tarit tout-à-coup, soit que des croûtes desséchées en arrêtent le cours, soit que la membrane cesse de sécréter la matière qui le fournit. Dans le premier cas, cette matière perfore la membrane du tympan, si elle ne l'est déjà, s'accumule dans toutes les cavités qui aboutissent à la caisse, et surtout dans les cellules mastoïdiennes, enflamme toutes ces parties, excite de vives douleurs, détermine une véritable suppuration, et entraîne la carie de l'apophyse mastoïde ou du rocher. Dans le second cas, il survient, ou une conjonctivite, ou une affection cutanée, ou un engorgement des glandes du cou, ou la tuméfaction du testicule, ou enfin une inflammation de la dure-mère, de l'arachnoïde ou du cerveau lui-même.

Aussitôt que la matière excrétée devient purulente, on peut être assuré que la carie commence; on n'en peut douter lorsqu'on voit le pus prendre une couleur sanguinolente, donner une teinte bronzée aux instrumens d'argent, et surtout entraîner des débris osseux. La carie occupe le plus fréquemment l'apophyse mastoïde : une douleur sourde se fait sentir dans cette région; elle augmente par la pression forte, et quelquefois un peu de rougeur et d'empâtement s'y manifestent. Lorsque ces deux derniers signes existent, il ne tarde pas à se

former un petit dépôt froid, indolent, qui s'ouvre et donne issue à la matière purulente. Quelquefois le pus fuse jusqu'au-dessus de la clavicule, où il se réunit en dépôt.

Dans des cas malheureusement trop communs, la carie détruit successivement les cellules mastoïdiennes et le rocher, elle arrive enfin aux dernières lames de cette dernière portion du temporal du côté du cerveau, la dure-mère correspondante se décolle, s'enflamme et suppure, l'inflammation atteint les autres membranes et le cerveau lui-même, et le malade succombe après avoir présenté les symptômes propres aux phlegmasies de ces organes. Ces symptômes sont quelquefois chroniques : ils consistent alors dans une céphalalgie opiniâtre, que précède la diminution ou la suppression totale de l'écoulement ; celui-ci reparaît plus abondant et quelquefois plus fétide, et la céphalalgie diminue à son tour. Après un plus ou moins grand nombre d'alternatives de ce genre, par l'effet d'un coup d'air, ou d'un excès de table, ou d'un traitement contraire, l'écoulement disparaît encore, et la céphalalgie devient atroce. Dès-lors, l'apétit et le sommeil se perdent, la peau s'échauffe, le pouls s'accélère, le malade maigrit, son haleine est fétide ; il tombe dans le marasme, et périt au milieu de mouvemens convulsifs survenus tout-à-coup ; ou bien la maladie prend un caracière plus prononcé d'acuité, et le délire, la prostration, les anxiétés, les plaintes continuelles, et les mouvemens convulsifs des muscles de la face, précèdent la mort de quelques jours. A mesure que le terme fatal approche, l'écoulement diminue et finit par disparaître entièrement.

M. Itard nomme cette otite, *otorrhée cérébrale consécutive ;* il la nomme au contraire *cérébrale primitive* lorsqu'elle présente les symptômes suivans : céphalalgie continuelle, d'abord obtuse, puis vive, lancinante et atroce ; pouls dur, fréquent, et ensuite quelquefois plus rare que dans l'état de santé ; rougeur des yeux, tiraillement douloureux dans le fond de l'orbite ; quelquefois contractions convulsives des muscles

de la face, tension ou empâtement du cuir chevelu, sentiment de constrition sur toute la surface des os du crâne, comme s'ils ne pouvaient suffire à contenir le cerveau; quelquefois lésion des facultés intellectuelles et surtout de la mémoire; perte de l'appétit, du sommeil et des forces; enfin, douleur dans l'une des deux oreilles, avec surdité, bourdonnement, et bientôt issue de la matière purulente par le conduit auditif. M. Lallemand, professeur à Montpellier, pense que l'otite est toujours primitive, et l'affection cérébrale consécutive : son opinion nous paraît fondée (1). La plupart des symptômes que nous venons de décrire appartiennent en effet davantage à la phlegmasie de l'oreille qu'à celle du cerveau ou de ses enveloppes membraneuses.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La durée de l'otite chronique est indéterminable; on en obtient rarement la guérison, qui même n'est pas exempte de dangers, et la mort en est assez fréquemment la suite. Nous avons indiqué ses terminaisons par des dépôts et la carie. Ajoutons-y l'oblitération du conduit auditif par gonflement du cartilage ou celui de ses tégumens, ou par adhérence de ses parois, les polypes, l'engouement cérumineux, résultat aussi fréquent d'une otite chronique indolore que de la malpropreté; la destruction de la membrane du tympan, son épaississement, enfin l'engorgement et l'obstruction de la caisse. Le pronostic en est toujours grave, puisqu'on ne peut presque jamais promettre la guérison, que la surdité plus ou moins prompte est presque inévitable, et que la mort en est souvent la suite.

Caractères anatomiques. Ce sont la carie de l'apophyse mastoïde et celle du rocher, que l'on trouve ramolli et vermoulu; quelquefois toute l'oreille interne est convertie en une seule et vaste cavité. Quand l'inflammation s'est propagée au cerveau ou à ses membranes, le rocher est perforé par la carie,

(1) Voyez *Recherches anatomico-pathologiques sur l'Encéphale et ses dépendances*, etc., 4ᵉ lettre.

la dure-mère détachée de l'os, recouverte d'une fausse membrane, ou épaissie, noirâtre, quelquefois perforée; l'araconoide et le cerveau présentent les lésions que nous ferons connaître en traçant l'histoire de leurs phlegmasies.

Traitement. Il se compose de moyens locaux et de moyens généraux, dont le concours est indispensable. Les toniques et les drastiques forment la base du traitement général, les exutoires et les injections celle du traitement local. Voici, d'après M. Itard, comment, en général, doit être dirigé l'emploi de ces moyens.

On commence d'abord par mettre, pendant quelque temps, le malade à l'usage des sucs d'herbes, à la dose de deux verres tous les matins; on donne en même temps pour boisson une infusion amère de chicorée, à laquelle on ajoute une demi-once de tartrate de potasse par pinte; puis ensuite on remplace cette tisane par une infusion de quinquina; enfin on prescrit de temps à autre des pilules de Backer jusqu'à effet purgatif. Après trois, quatre, et même six mois de traitement, on passe aux moyens locaux, qui sont de faire raser, frictionner, et envelopper la tête d'une calotte de taffetas gommé; de placer un séton à la nuque, et l'entretenir plusieurs mois encore après qu'on est parvenu à tarir l'écoulement, et s'il devient trop douloureux, le retirer, en convertissant ses deux ouvertures en cautères; enfin, de faire des injections dans l'oreille, avec de l'eau tiède d'abord, ou tout au plus miellée, puis, quand l'écoulement diminue sans qu'il survienne de maux de tête ni de malaise, avec une décoction de feuilles de patience sauvage dans laquelle on fait fondre un sixième en poids de miel rosat, ou bien avec le suc de la petite joubarbe cuite, et enfin, lorsque l'écoulement diminue de plus en plus sans accidens d'aucune espèce, avec les mêmes décoctions, auxquelles on ajoute par pinte, soit ving-quatre grains d'alun, soit deux onces de *collyre de Lanfranc*.

On doit prendre les plus grandes précautions lorsqu'on em-

ploie les injections; elles peuvent supprimer tout-à-coup l'écoulement et produire de graves accidens. Il faut surtout s'en méfier dans toutes les otites accompagnées de céphalalgie, si ce symptôme augmente chaque fois que l'écoulement diminue. Lorsque, par l'effet d'un coup d'air froid, d'une indigestion, d'une forte impression morale, ou d'injections astringentes prématurément employées, l'écoulement vient à se supprimer, M. Itard conseille, comme le moyen le plus efficace pour le rappeler, l'application sur l'oreille et toute la partie latérale de la tête, d'un pain sortant du four et dépouillé de sa croûte du côté où on l'applique. Ce médecin fait renouveler cette application toutes les trois heures, et injecter chaque fois dans le conduit auditif une dissolution de trois grains de deutochlorure de mercure dans huit onces d'eau tiède; il conseille aussi sur l'oreille l'application d'une ventouse. Il est évident que lorsque l'écoulement est arrêté par un obstacle mécanique, tel que des croûtes purulentes ou des esquilles, ce dont on s'assure en examinant le conduit auditif, c'est à enlever cet obstacle que le médecin doit s'appliquer.

Cette double série de moyens convient également dans l'écoulement muqueux et dans l'écoulement purulent. Il importe beaucoup de recommander en même temps au malade la plus grande sobriété et l'usage d'alimens légers et peu nourrissans. Dans l'écoulement muqueux, on remplace avec avantage la décoction de quinquina par la solution d'extrait de camomille, à la dose d'une once dans une pinte de décoction de salsepareille. Dans l'écoulement purulent, il faut tenter en outre l'exfoliation des portions d'os cariées; et M. Itard dit avoir reconnu quelque efficacité au sirop de trèfle d'eau, donné à la dose de deux onces matin et soir, dans une décoction de salsepareille. Cet habile praticien a pratiqué, dans ce dernier cas, des injections avec une dissolution d'une once de potasse par livre d'eau, et même avec cette dissolution plus concentrée; mais il recommande de n'y avoir recours qu'après avoir dimi-

nué la sensibilité des parties par des injections narcotiques, de les renouveler neuf à dix fois par jour, et de faire en sorte, par la position de la tête, que le liquide séjourne dans l'oreille. Il recommande encore la perforation du tympan, lorsque le pus ne peut se frayer une issue et que les accidens sont graves, et conseille d'en favoriser et entretenir l'écoulement par les vapeurs émollientes dirigées dans l'oreille.

Enfin, lorsque les symptômes d'inflammation sont violens, c'est-à-dire lorsque l'otite chronique s'élève à l'état aigu, ou quand l'inflammation se communique à l'encéphale, il faut employer les saignées locales, et surtout générales, abondantes et répétées, en même temps qu'on favorise l'écoulement de la matière purulente au-dehors, par tous les moyens que nous avons précédemment indiqués. La mort du malade est imminente, toute hésitation serait ici dangereuse.

L'otite chronique qui est produite ou entretenue par le virus syphilitique, cède en général assez promptement aux préparations mercurielles.

Nous avons dit que l'otite chronique entraînait souvent l'oblitération du conduit auditif, soit en déterminant le gonflement du cartilage ou celui de ses tégumens, l'adhérence de ses parois ou son engouement cérumineux, soit en y faisant naître des fongosités; nous avons dit aussi qu'elle produisait parfois la destruction de la membrane du tympan, son épaississement, et l'engorgement et l'obstruction de la caisse. Ces désordres constituent des états morbides particuliers qui réclament des moyens spéciaux : il en sera question ailleurs (voyez *Obstructions, Productions morbides*). Nous dirons seulement ici, pour n'y pas revenir, qu'il faut faire porter continuellement un tampon de coton aux individus dont la membrane du tympan est détruite en totalité ou en partie, et qu'il faut au contraire perforer cette membrane lorsqu'elle est évidemment épaissie et que l'épaississement est assez ancien pour qu'on n'en puisse plus espérer la guérison spontanée.

De la stomatite.

L'inflammation simple de la bouche, celle qui ne consiste que dans la rougeur, le gonflement et la chaleur de la membrane muqueuse qui tapisse cette cavité; cette inflammation, disons-nous, est assez rare, si ce n'est lorsqu'elle accompagne les phlegmasies du palais, des amygdales, du pharynx ou du larynx ; mais alors elle n'est pas la maladie principale. Quand elle existe isolée, c'est presque toujours sur les gencives qu'elle a son siége. Mais s'il est rare de l'observer sous cette forme, il l'est beaucoup moins de la rencontrer sous forme de pustules grises ou blanches, d'abord convexes, puis s'aplatissant bientôt vers leur sommet, et se convertissant en petits ulcères arrondis, environnés d'un cercle rouge, ou bien se détachant par squames, ou enfin s'effaçant par une sorte de résorption. On a décrit cette forme de la stomatite sous le nom d'*aphthes*, *muguet*, *millet*, *blanchet*, etc.

Causes. A moins qu'elle ne soit produite par un agent chimique ou mécanique, ou entretenue par la présence de dents cariées, la stomatite, que nons avons dit occuper plus particulièrement la muqueuse gengivale, est presque toujours symptomatique de l'état des voies digestives. Il en est surtout ainsi des *aphthes* ou du *muguet*; il est rare que cette affection ne dépende pas de l'irritation de l'estomac, peut-être même reconnaît-elle toujours cette cause. Qu'on remarque en effet que, très-fréquente chez les très-jeunes enfans, on la voit presque toujours se développer sur ceux que l'on gorge de bonne heure de bouillie, soit par défaut de nourrices, comme il arrive si souvent dans les hospices d'enfans-trouvés, soit pour suppléer à un allaitement qui est ou qu'on croit insuffisant. Si, d'un autre côté, on remarque que, chez les adultes, il est peu d'excès de table qui ne soit suivi du développement de quelques aphthes passagers, à moins que l'individu ne soit habitué

à ces excès; si l'on veut bien faire attention que l'épidémie de *gastro-entérites*, décrite par Rœderer et Wagler sous le nom de *fièvre muqueuse*, était presque toujours accompagnée d'*aphthes*, comme nous le verrons par la suite; enfin, si l'on se rappelle que presque tous les observateurs s'accordent à en placer la cause, chez les enfans, dans *le défaut d'allaitement maternel*, *l'insuffisance*, *la mauvaise qualité du lait, ou les alimens qu'on lui substitue* (Sanponts, Underwood, Hamilton, Gardien, Capuron), on n'hésitera pas à admettre que cette phlegmasie pustuleuse est presque toujours produite par une irritation de l'estomac. Telle est notre opinion : toutes les causes d'irritation de ce viscère deviennent donc des causes indirectes des aphthes. Le froid humide paraît exercer une grande influence sur leur développement, puisqu'elles sont très-fréquentes dans la Hollande et la Zélande, et qu'on ne les observe presque jamais dans les pays chauds. L'usage habituel des boissons chaudes en est une cause fréquente.

Symptômes. La rougeur, le gonflement et l'augmentation de la chaleur et de la sensibilité de la membrane muqueuse buccale, la perte du goût, et quelquefois une salivation abondante, sont les symptômes faciles à constater de la stomatite simple. Quand elle occupe les gencives, celles-ci rougissent, se gonflent, deviennent très-douloureuses, saignent quelquefois à la plus légère pression, et très-souvent deviennent le siége de petits abcès qui parcourent rapidement leurs périodes jusqu'à la rupture. D'autres fois elles deviennent fongueuses (*épulies*), et forment des tumeurs qui saignent presque toujours lors de la mastication et parfois spontanément, et ne sont en général douloureuses que lorsqu'on les presse. La phlegmasie gengivale est quelquefois très-légère; mais la membrane s'ulcère très-promptement autour du collet des dents; l'ulcération ronge sans cesse, les dents se déchaussent et se recouvrent de tartre; une matière caséeuse sort de la gencive par la pression, la bouche exhale une odeur fétide. Dans des cas, fort

heureusement très-rares, la gangrène s'empare de la membrane buccale, et même du tissu cellulaire sous-jacent; cette membrane se détache en lambeaux noirs et infects à l'intérieur des joues, sur les gencives et les lèvres; les os maxillaires sont mis à nu; un ichor irritant découle des surfaces gangrenées, et, malgré toutes les précautions, passe dans le pharynx et l'œsophage, et enflamme toutes les parties qu'il touche; une affection gastro-intestinale ou cérébrale vient s'y joindre, et le malade ne tarde pas à succomber. Dans la dernière période du scorbut, lorsque les parois de la bouche, les lèvres et les gencives, infiltrées de sang et de sérosité, ont acquis un énorme volume, si l'inflammation s'empare de ces parties, une désorganisation rapide en est la suite presque immédiate, et des ulcères irréguliers, fétides, les détruisent. Enfin l'inflammation est quelquefois disséminée par plaques arrondies, d'un rouge brun, et plus ou moins douloureuses; des ulcérations très-sensibles, et dont le fond est grisâtre, l'accompagnent; on la regarde alors comme le résultat de l'infection syphilitique, mais elle offre assez souvent ces caractères sans être l'effet du virus syphilitique. C'est ce qui s'observe surtout à la suite de l'emploi prolongé du mercure. Souvent les médecins continuent alors le traitement anti-vénérien, et perpétuent ainsi un mal dont l'opiniâtreté les étonne et dont les progrès s'accroissent chaque jour, et qui eût promptement cédé aux antiphlogistiques et à la suspension des mercuriaux. On a donné le nom de *stomacacé* à toute ulcération de la bouche avec fétidité.

La stomatite pustuleuse ou aphtheuse consiste, avons-nous dit, dans de petites pustules grises ou blanches, rondes, superficielles, de la grosseur d'un grain de millet ou de chenevis, qui se développent sur les lèvres, les gencives, la partie interne des joues, la langue et le palais, et se propagent quelquefois ou naissent en même temps à la luette, aux amygdales, à l'œsophage, et, dit-on, jusque dans le conduit gastro-intestinal, dans quelques cas très-rares. Ces pustules soulèvent

bientôt l'épiderme, s'ouvrent et s'ulcèrent graduellement du sommet à la base, et se terminent enfin par autant de petits ulcères arrondis, superficiels, grisâtres, et entourés d'un cercle rouge. La perte du goût, la chaleur de la bouche, la soif, et une salivation parfois très-abondante, sont les symptômes presque constans de la stomatite pustuleuse. Mais, suivant que l'irritation gastrique cesse ou persiste après qu'elle a fait naître les aphthes, qu'elle est légère ou intense; suivant que le nombre des pustules est plus ou moins considérable, qu'elles sont bornées à la membrane muqueuse buccale ou s'étendent au loin, que l'aréole inflammatoire qui les entoure est plus ou moins vive; enfin, suivant qu'on les observe sur de jeunes enfans ou des adultes, sur des sujets très-irritables ou qui le sont à peine, on conçoit que les symptômes doivent présenter des différences. Ainsi, ils seront purement locaux si l'irritation gastrique n'existe plus; on observera tous ceux des *fièvres essentielles* des auteurs, si la *gastro-entérite* persiste et est plus ou moins intense; des phénomènes cérébraux se manifesteront très-facilement chez les jeunes enfans, etc., etc. On sent qu'alors, sans négliger de combattre l'inflammation buccale, on doit surtout son attention à la phlegmasie des viscères intérieurs.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La marche de la stomatite est ordinairement assez rapide, et sa durée courte. Elle se termine en peu de jours par la résolution; cependant la membrane muqueuse de la bouche est peut-être celle, de toutes les membranes de même nature, dont l'inflammation a plus de tendance à se terminer par ulcération : mais cela n'augmente en rien la gravité de ses phlegmasies; car elle est aussi celle où les ulcérations disparaissent le plus rapidement. Nous ferons remarquer, à ce sujet, que ses ulcères ne laissent jamais de cicatrices, à moins qu'ils n'aient été très-étendus. Sur les gencives, l'inflammation buccale donne presque toujours lieu à de petits abcès : nous avons déjà dit aussi que des ulcères

rongeans en étaient le résultat fréquent. La terminaison par gangrène est heureusement très-rare; elle entraîne souvent la mort. Chez les scorbutiques du dernier degré, la stomatite porte la désorganisation dans les parties infiltrées, ainsi que nous l'avons déjà dit, elle accélère par conséquent la perte du malade; mais ici elle n'est pas la maladie principale. Quelquefois, et cela arrive surtout lorsqu'elle est produite par l'infection vénérienne, elle est suivie d'ulcères profonds, qui font des progrès continuels, mettent les os à nu, et en déterminent la carie. On voit, dans quelques cas, la dégénérescence cancéreuse succéder aux fongosités des gencives.

Les aphthes durent depuis quelques jours jusqu'à plusieurs semaines; leur terminaison la plus fréquente est l'ulcération superficielle promptement suivie de guérison; quelquefois ils sont accompagnés d'une excrétion de matière pultacée et d'un ptyalisme si abondant, que les malades sont jetés dans l'épuisement, et succombent au bout d'un temps plus ou moins long. Quand les aphthes sont blancs, ce qui est leur couleur ordinaire, ils suivent la marche heureuse que nous venons d'indiquer; mais lorsqu'ils deviennent bruns ou noirs, on doit craindre une terminaison fâcheuse. Enfin, lorsqu'ils sont accompagnés d'angine, de gastro-entérite ou d'encéphalite, le danger qu'ils entraînent est en raison de l'intensité de ces phlegmasies; car alors même qu'ils sont très-nombreux, et entourés d'un cercle inflammatoire vif, ils ne compromettent l'existence qu'en déterminant l'inflammation des organes principaux, et surtout gastriques. Chez les très-jeunes enfans, ils peuvent cependant entraîner la mort sans l'une de ces complications, en rendant impossibles la succion et la déglutition. Chez les adultes, ils ne sont ordinairement qu'un épiphénomène dans une affection plus grave, presque toujours une *gastro-entérite*. Enfin, chez les uns et les autres, ils se terminent quelquefois par gangrène, et entraînent la mort à leur suite.

Caractères anatomiques. Nous les avons indiqués parmi les

symptômes, nous ajouterons seulement que, dans des cas extrêmement rares, on a trouvé, dit-on, des aphthes semblables à ceux de la bouche, sur la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins. Mais il est probable que l'on s'est mépris, et que l'on a pris pour des aphthes le développement morbide des follicules sébacés. La forme pustuleuse de l'inflammation ne nous semble possible en effet que là où il existe un épiderme. Or, l'epithelium finit avec l'œsophage, et si les aphthes sont de vraies pustules, la membrane muqueuse gastro-intestinale en doit être exempte.

Traitement. Il est rare que l'inflammation de la membrane interne de la bouche soit assez intense pour réclamer un traitement actif; cependant on applique quelquefois des sangsues, au nombre de trois ou quatre, sur les gencives enflammées, ou en plus grande quantité au-dessous de la mâchoire. Mais le plus ordinairement, des gargarismes émolliens et des vapeurs de même nature suffisent. Quand elle est peu intense, on peut même se borner à quelques lotions émollientes et acidules, dont on seconde l'effet par un ou deux pédiluves chauds. On prescrit en même temps les végétaux frais, le laitage, l'abstinence de la viande et de tous les stimulans, et l'on fait préparer les alimens sous forme liquide, pour éviter tout effort de mastication; on y joint la précaution de les faire prendre le moins chauds possible sans être froids. Lorsque l'inflammation a son siége dans les gencives, il faut plonger de bonne heure la pointe d'une lancette dans les petites tumeurs très-douloureuses qui s'y forment; c'est le meilleur moyen de faire cesser les douleurs et l'inflammation elle-même. Quand il survient des plaques gangréneuses, on en facilite la chute par des lotions fréquentes faites au début, avec le miel rosat acidulé, et plus tard avec la décoction de quinquina, également acidulée avec l'acide sulfurique; mais, dans ce cas, il est rare que la maladie soit bornée à la bouche, une gastro-entérite ou une encéphalite des plus graves l'accompagnent et réclament le

traitement antiphlogistique le plus énergique. Lorsque les gencives deviennent fongueuses, si les tumeurs qu'elles forment ont un certain volume, on les enlève avec des ciseaux ou un bistouri (voyez *Productions morbides*); si elles sont peu prononcées, les moyens précédemment indiqués suffisent. On arrête très-promptement les progrès des petites ulcérations rongeantes qui détruisent les bords des gencives et déchaussent les dents, en les touchant légèrement, une ou deux fois, avec le nitrate d'argent fondu; quant aux ulcères qui succèdent à la chute des eschares gangréneuses ou à l'excision des tumeurs fougueuses, ils guérissent assez promptement par le seul effet des émolliens. Ceux qui résultent de l'infection vénérienne, comme ceux qui sont produits par l'abus du mercure, cèdent en général assez promptement aux applications de sangsues à la gorge ou sous la mâchoire et aux gargarismes adoucissans.

Le traitement de la stomatite aphtheuse est purement hygiénique quand elle est légère, et chez les enfans à la mamelle; il suffit dans ce cas, pour la guérir, de placer l'enfant dans un local sec et chaud, de retrancher tous les alimens, de ne donner que le lait de la nourrice, et de changer celle-ci si on suppose que son lait soit de mauvaise qualité. Ces moyens suffisent encore, quelque nombreuses que soient les pustules, tant qu'elles ne s'accompagnent pas d'irritation gastro-intestinale; on y joint seulement, surtout lorsqu'elles sont confluentes, des lotions avec le miel simple ou le miel rosat légèrement acidulé avec le vinaigre, et s'il n'y a pas de rougeur, avec le sulfate de zinc, le borax, les acides hydrochlorique ou sulfurique dans l'eau d'orge ou l'eau simple, mais il ne faut employer ces derniers moyens qu'avec beaucoup de précautions. Si l'on s'aperçoit que les pustules brunissent et menacent de gangrène, on a recours alors aux décoctions de quinquina ou d'écorce d'oranger, acidulées comme ci-dessus, et camphrées quand la douleur est très-vive; nous recommandons encore de ne se servir de ces médicamens qu'avec la plus grande cir-

conspection. Les rubéfians de la peau, tels que la moutarde et les vésicatoires, placés sur les extrémités inférieures, ou sur le sternum, produisent d'excellens effets dans cette dernière circonstance.

On a conseillé l'usage du quinquina, du camphre, de la serpentaire de Virginie, de l'acétate d'ammoniaque, etc., contre les prétendues *fièvres essentielles* qui compliquent quelquefois les aphthes; mais nous verrons bientôt que ces *fièvres essentielles* ne sont autre chose que des inflammations de viscères et le plus fréquemment de ceux des voies digestives, et que le traitement stimulant, bien loin de convenir, est nuisible. Il est rarement nécessaire, il est vrai, de diriger un traitement antiphlogistique actif contre ces affections, mais c'est beaucoup d'éloigner les excitans, et d'administrer quelques adoucissans; dans quelques cas, on est cependant obligé d'employer les saignées locales. Les aphthes des adultes n'exigent presque jamais de médication : lorsque cela arrive, les moyens les plus simples parmi ceux que nous avons conseillés précédemment sont suffisans.

De l'inflammation de la membrane muqueuse des voies aériennes.

Cette membrane s'étend depuis la glotte jusqu'aux dernières ramifications des bronches, et deux actes vitaux des plus importans, la transpiration pulmonaire et la conversion du sang noir en sang artériel, s'exécutent à sa surface. Continuellement en contact avec l'air atmosphérique, une partie de ses causes d'irritation lui viennent par cette voie; mais la plus puissante et la plus ordinaire est le froid agissant sur la peau et diminuant son action transpiratoire. On sait qu'il existe entre ces deux surfaces un rapport d'action tel que, lorsque la transpiration de l'une diminue, celle de l'autre augmente pour y suppléer : ainsi la transpiration cutanée est abondante en été, et la pulmonaire faible, tandis qu'en hiver le contraire a lieu.

Or, il est facile de concevoir que si la membrane pulmonaire est tout à coup, ou pendant plusieurs jours de suite forcée à agir plus que dans l'état normal, ce surcroît d'action doive en exalter la sensibilité, y déterminer un appel plus considérable de sang et l'enflammer : mais l'action étant réciproque entre les deux membranes, aussitôt qu'une étendue un peu considérable de la muqueuse pulmonaire est frappée d'inflammation, la transpiration cesse de s'y produire, et la peau supplée et devient halitueuse. Aussi verrons-nous le refroidissement de la surface cutanée dominer sur toutes les causes des inflammations de la membrane muqueuse pulmonaire, et nous retrouverons la sueur comme symptôme assez constant de ses phlegmasies aiguës et chroniques.

Plusieurs parties de cette membrane peuvent s'enflammer isolément ; telles sont celles du larynx, de la trachée, des principaux troncs et des dernières ramifications bronchiques. Nous tracerons donc successivement l'histoire de la *laryngite*, de la *trachéite*, de la *bronchite* et de la *pneumonite*.

De la laryngite.

On nomme ainsi l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse le larynx : elle est aussi désignée sous les noms d'*angine laryngée*, et d'*angine membraneuse* ou *croup* chez les enfans. On l'observe sous les formes aiguë, chronique, continue et intermittente.

Laryngite aiguë continue (1).

C'est la forme la plus fréquente de cette phlegmasie. Elle attaque indifféremment tous les âges, les deux sexes et tous les

(1) Royer-Collard, article *Croup*, *Dictionnaire des Sciences médicales*. — Double, *Traité du croup*. — Desruelles, *Traité théorique et pratique du croup*. — Blaud, *Nouvelles Recherches sur la laryngo-trachéite*. — Bretonneau, *Des Inflammations spéciales du tissu muqueux et en particulier de la Dipthérite*. — Bricheteau, *Précis analytique du croup*.

tempéramens; mais c'est presque exclusivement chez les enfans qu'on l'observe lorsqu'elle est accompagnée de la production de fausses membranes, et plus fréquemment chez les garçons que chez les filles.

Causes. Elle reconnaît les mêmes causes que la palatite (*voyez* cette maladie), et de plus l'exercice trop long-temps continué de la parole, la déclamation outrée, les cris aigus et prolongés ou répétés, l'inspiration des gaz irritans ou d'un air trop chaud ou trop froid, enfin la progression plus ou moins rapide contre le vent et au milieu de la poussière. Le froid humide paraît être la cause la plus fréquente de la laryngite membraneuse ou *croup;* aussi cette plegmasie est-elle plus commune dans les pays septentrionaux, et principalement dans les contrées froides et humides, que dans les climats secs et chauds; on l'a vue régner épidémiquement pendant des saisons froides et humides.

Symptômes. La voix est toujours altérée dans cette phlegmasie; elle est ordinairement rauque, et ce symptôme précède en général tous les autres. Il s'y joint bientôt de la toux, et la sensation incommode d'un corps arrêté dans le larynx, que le malade s'efforce de rejeter. La douleur augmente plus ou moins rapidement; elle devient vive, s'accompagne de chaleur, s'accroît par la pression exercée sur le larynx et par le passage du bol alimentaire derrière cet organe. L'inspiration est souvent douloureuse et sifflante, elle provoque la toux, et cette toux, qui semble, au dire des malades, déchirer la partie antérieure de la gorge, est sèche et rauque d'abord, puis devient aiguë et provoque la sortie d'un peu de mucus écumeux. Si l'on examine le fond de la gorge, l'œil ne découvre ni rougeur ni gonflement des parties; cependant la respiration est courte et fréquente, le pouls est accéléré, la peau chaude, la face est rouge et exprime l'anxiété.

Chez les enfans, cette phlegmasie prend souvent un caractère et revêt des symptômes beaucoup plus alarmans. Après

quelques jours de coryza ou de toux, de mal-aise et de chaleur, ou bien tout-à-coup, le plus ordinairement au milieu de la nuit, le jeune malade est pris de quintes de toux à secousses, s'accompagnant d'un bruit particulier, qu'on a comparé à l'aboiement d'un jeune chien, au cri d'un jeune coq, au son que produit l'air en traversant un tuyau d'airain, au gloussement de la poule, etc. Chaque inspiration est sifflante ou très-sonore; l'expiration est courte et difficile; quelquefois on entend un frémissement qui semble produit par des mucosités agitées par l'air : le larynx est douloureux. Bientôt le cou se tuméfie, la face se gonfle et devient rouge et violacée, ou reste pâle, ce qui est le plus ordinaire; le malade renverse sa tête en arrière, et porte souvent la main au larynx, comme pour arracher l'obstacle qui s'oppose au passage de l'air; il est menacé de suffocation, surtout pendant les quintes de toux. S'il rejette, par la toux ou les efforts de vomissement, beaucoup de mucosités ou des lambeaux de fausses membranes, ou une fausse membrane entière, tous les symptômes s'amendent jusqu'au point même de faire croire souvent à la guérison; mais ce calme, après avoir duré quelques heures, et quelquefois un jour ou deux, est suivi d'un nouvel accès, ordinairement plus intense que le précédent. Quand la maladie est parvenue à son plus haut degré, la respiration est très-accélérée, le pouls petit, fréquent, irrégulier, intermittent, la suffocation paraît imminente, l'anxiété est extrême, une sueur froide et visqueuse recouvre la tête et la poitrine, et le malade succombe. Enfin, lorsque la fausse membrane s'étend au loin dans les bronches, la face devient livide, les lèvres bleuâtres, le corps se refroidit, les inspirations deviennent de plus en rares, et le petit malade périt dans un véritable état d'asphyxie. Il est remarquable que dans une affection aussi grave les enfans n'aient que rarement des mouvemens convulsifs et jamais de délire. Très-souvent, au contraire, des symptômes de gastro-entérite, tels que la sécheresse et la chaleur âcre de la

peau, la rougeur de la langue et la sensibilité de l'épigastre accompagnent ceux que nous venons de décrire, et ajoutent encore à leur gravité.

Cette variété de la laryngite affecte rarement les adultes. M. Louis en a cependant rassemblé quelques faits dans un mémoire qu'il a lu à l'académie royale de médecine (1); mais l'affection a toujours commencé, dans ces cas, par les fosses nasales et le pharynx, pour de là s'étendre au larynx, de sorte que ces maladies ne peuvent pas être rangées parmi les laryngites membraneuses ou croups; elles appartiennent davantage à l'angine couënneuse ou palato-pharyngite. Au reste, c'est dans tous les cas une même inflammation, ici bornée au larynx, là s'étendant aux fosses nasales, au palais et au pharynx, et dans une autre circonstance envahissant toutes ces parties successivement ou en même temps.

Il existe entre ces deux groupes de symptômes des différences en apparence assez tranchées pour justifier les auteurs d'y avoir vu des maladies essentiellement différentes; mais il suffit de porter une analyse sévère dans ces phénomènes pour s'apercevoir bientôt qu'ils ne diffèrent que par l'intensité. La sécrétion abondante de mucosités s'organisant quelquefois en fausses membranes, qui accompagne les seconds et manque dans les premiers, peut bien servir à constituer une variété de la laryngite, mais non à créer une maladie particulière. Les causes, les symptômes, à l'intensité près, le siége, la nature et le traitement de l'affection, sont fondamentalement les mêmes dans les deux cas. Ce qui fait principalement sa gravité chez les enfans, c'est en grande partie l'étroitesse de la glotte, qui rend la suffocation toujours imminente aussitôt que la membrane enflammée a acquis un peu de gonflement ou qu'elle est tapissée par des mucosités épaisses et visqueuses, ou par une fausse membrane. La présence de celle-ci, même sans rétrécissement

(1) Voyez *Archives générales de Médecine*, février et mars 1824.

de la glotte, est déjà une circonstance fâcheuse, en ce qu'elle provoque des efforts de toux continuels qui accroissent l'inflammation ; elle entretient d'ailleurs, par le seul fait de sa présence, l'irritation de la partie.

Marche, durée, terminaisons et *pronostic*. La marche de cette affection est en général assez rapide : la variété, que nous nommerons *laryngite croupale*, donne quelquefois la mort en vingt-quatre heures; elle présente aussi cette particularité, d'être rarement aussi franchement continue que la laryngite ordinaire; presque toujours elle offre de la rémittence, et souvent même elle revient par accès. En général, on obtient la guérison de la laryngite ordinaire en peu de jours, et son issue est rarement funeste lorsqu'il n'y a pas formation de fausses membranes. Elle passe quelquefois à l'état chronique, mais le plus fréquemment c'est par résolution qu'elle se termine. On l'a vue régner épidémiquement. Le pronostic de la première variété est rarement grave, celui de la seconde l'est toujours beaucoup; en général, il l'est d'autant plus, que le sujet est plus jeune, la gène de la respiration plus grande, et la phlegmasie plus intense et plus rapprochée de la glotte, *et vice versâ*.

M. Desruelles (1) regarde comme des signes favorables dans la laryngite croupale : la rémittence, l'interruption de la voix croupale, l'absence des complications, le rejet facile des mucosités et des concrétions membraneuses; il considère au contraire comme dangereux : la persistance des symptômes caractéristiques de la maladie, tels que la voix croupale, l'inspiration sonore, etc., les complications, une très-grande dyspnée avec raucité de la voix, une toux grêle, un pouls intermittent, des urines troubles d'abord et ensuite noires et fétides, l'absence des vomissemens après l'administration de l'émétique à forte dose, et enfin l'expectoration d'un tube membraniforme.

Caractères anatomiques. Peu d'occasions se sont offertes

(1) *Ouvrage cité.*

d'ouvrir des cadavres d'hommes morts à la suite de la laryngite ordinaire, parce que, comme nous l'avons dit, elle est rarement mortelle. On a toujours trouvé la membrane muqueuse qui revêt le larynx, rouge, gonflée, et l'ouverture de la glotte considérablement rétrécie; quelquefois on a rencontré dans les ventricules du larynx du sang noirâtre coagulé et quelquefois décomposé. Mais à la suite de la laryngite croupale, on a pu faire de nombreuses autopsies cadavériques, et l'on a le plus ordinairement observé une concrétion membraneuse plus ou moins étendue recouvrant la glotte, le larynx, et se prolongeant souvent dans la trachée et au-delà, et variable en épaisseur, depuis celle de la pellicule d'un œuf jusqu'à près d'une ligne, et en consistance, depuis celle de la bouillie jusqu'à celle d'un tissu très-coriace. Elle recouvre quelquefois, et d'autres fois elle est recouverte par un mucus blanc, verdâtre, presque puriforme. Au-dessous d'elle, la membrane muqueuse est rouge et tuméfiée, et pointillée de petites taches rouges. Dans quelques cas, on n'a pas trouvé de fausse membrane; mais le gonflement de la muqueuse était si considérable, que l'ouverture de la glotte était presque oblitérée.

Traitement. Les saignées locales tiennent le premier rang parmi les moyens à opposer à cette phlegmasie. Elles doivent être employées promptement, avec énergie et persévérance, pour obvier au danger de la suffocation; et si même le danger est trop imminent, il faut employer concurremment la saignée générale pratiquée au bras ou au pied. Les cataplasmes émolliens, les boissons délayantes, une diète sévère, le silence absolu et les fumigations émollientes doivent être employés en même temps. Ce dernier moyen cependant a de grands inconvéniens, qui dépendent de la chaleur du liquide en évaporation; cette chaleur augmente souvent le gonflement, et accroît par suite la difficulté de la respiration; on ne doit y recourir qu'avec beaucoup de circonspection, et élever le moins possible la température du liquide. Les ventouses scarifiées et les vésicatoires sur

le larynx ou autour du cou ne conviennent guère que dans l'état chronique; les pédiluves chauds et sinapisés sont plus utiles, mais on ne doit en faire usage qu'après avoir diminué considérablement les symptômes inflammatoires par les évacuations sanguines, et sur la fin de la maladie. A cette même époque, on administre avec avantage les purgatifs, si les voies digestives ne sont pas irritées.

Ces règles de traitement sont applicables aux deux variétés de la laryngite; mais l'âge des malades et la présence des mucosités visqueuses ou de la fausse membrane dans la laryngite membraneuse croupale commandent quelques modifications. Les moyens de détruire la phlegmasie sont bien encore les mêmes; mais il faut en outre expulser les mucosités ou les fausses membranes qui gênent le passage de l'air. Après avoir en conséquence pratiqué les évacuations sanguines nécessaires, on administre les vomitifs, qui sont, pour ainsi dire, les seuls moyens de faire expectorer les enfans. On donne à cet effet l'ipécacuanha en poudre ou en sirop, ou l'émétique à la dose d'un quart de grain ou d'un demi-grain, et l'on y revient chaque fois que de nouvelles mucosités ou de fausses membranes se forment. Avant d'avoir recours à ces moyens, on doit essayer de provoquer le vomissement par le chatouillement de la luette, à l'aide de la barbe d'une plume et par quelques verres d'eau tiède; on doit surtout se borner à l'emploi de ces derniers, lorsque les voies digestives enflammées ne permettent pas l'ingestion d'un vomitif. Cependant, comme le plus urgent est ordinairement de désobstruer le passage de l'air, on ne doit pas craindre d'acheter cet avantage au prix d'une inflammation de l'estomac, lorsque la suffocation est imminente; quitte au médecin à traiter ensuite par les moyens rationnels la gastro-entérite qu'il a fait naître. En même temps qu'on emploie les saignées locales et les vomitifs, il est avantageux de recourir aux révulsifs. Les pédiluves chauds et sinapisés, les purgatifs et surtout le protochlorure de mercure (calomélas, mercure doux) produisent

alors d'excellens effets; mais il ne faut pas oublier que les évacuations sanguines doivent toujours précéder l'emploi des uns et des autres, et que les derniers nuisent s'il existe une complication de gastro-entérite. Les vésicatoires conviennent dans les mêmes cas à peu près que les pédiluves ; comme ils sont plus irritans cependant, il convient de les réserver pour les cas extrêmes, et lorsque ceux-ci sont restés sans effet. Chez les enfans faibles, exsangues, et chez lesquels les symptômes inflammatoires sont à peine marqués, on doit au contraire se borner aux vomitifs, aux purgatifs et aux révulsifs, et se dispenser d'avoir recours aux saignées locales.

Nous ne rappellerons qu'on a proposé et employé contre cette phlegmasie les préparations mercurielles, le polygala senega, l'oxymel scillitique, les hydrosulfures d'antimoine, l'ammoniaque, le carbonate d'ammoniaque, le carbonate de potasse, et le sulfure de potasse ou de soude, que pour ajouter que ces moyens sont aujourd'hui tombés dans un juste oubli. Quant à la bronchotomie, qui a été pratiquée dans quelque cas de suffocation, il nous suffira de dire qu'elle ne compte qu'un ou deux succès, contre autant de revers qu'elle a été employée d'autres fois, pour détourner les praticiens d'y avoir recours. Nous ne la proscrivons pas cependant d'une manière absolue, car dans un cas extrême il vaudrait encore mieux la tenter peut-être que de rester spectateur oisif de la mort du malade.

Laryngite chronique.

Nous comprenons sous cette dénomination l'état chronique de la phlegmasie que nous venons de décrire sous forme aiguë, savoir : la *phthisie laryngée* et l'*œdème de la glotte* des auteurs.

Causes. Ce sont les mêmes que celles de la laryngite aiguë, à laquelle elle succède quelquefois.

Symptômes. La raucité de la voix ou l'aphonie, ou bien ces

deux symptômes alternativement, une douleur fixe au larynx, qu'augmentent la pression avec la main, l'inspiration d'un air froid ou trop chaud, et la déglutition d'alimens solides; une petite toux que le malade sent distinctement être provoquée par cette même douleur, ou par une sensation de picotement au larynx, rarement accompagnée d'expectoration, quelquefois cependant suivie de crachats muqueux et écumeux, difficiles à détacher; un sentiment de chaleur dans la partie, et quelquefois un peu de dyspnée : tels sont les symptômes ordinaires de la laryngite chronique, primitive ou consécutive à une laryngite aiguë.

Lorsque ces symptômes durent depuis quelque temps, que les crachats, toujours rares et difficiles à arracher, contiennent dans leur centre une gouttelette de pus, que tous les soirs ou pendant la nuit la gorge se sèche, la soif s'allume, la peau s'échauffe, et le pouls s'accélère; enfin, que le malade maigrit et tombe dans le marasme, c'est qu'alors la membrane muqueuse du larynx s'est ulcérée, et que la carie s'est emparée des cartilages : la maladie prend le nom de *phthisie laryngée*. Elle survient fréquemment dans la période avancée de la phthisie pulmonaire; quelquefois, mais plus rarement, elle la précède.

Quelquefois, à la suite des premiers symptômes énumérés, d'autres fois en même temps que les seconds, rarement et peut-être jamais sans avoir été précédés des uns ou des autres, les phénomènes suivans se manifestent. Le malade se plaint d'éprouver dans la gorge la sensation d'un corps étranger, et il fait des efforts fréquens de déglutition pour l'avaler, il ressent aussi le besoin de se débarrasser de mucosités qui lui semblent boucher le passage de l'air, et tente d'y parvenir en expirant fortement et avec bruit; il n'accuse que peu ou point de douleur dans le larynx; mais le doigt porté à la base de la langue sent une tumeur molle, une espèce de bourrelet au pourtour de l'ouverture de la glotte; la voix est rauque ou éteinte; l'inspiration difficile

et sifflante; l'expiration est au contraire facile, et assez souvent il survient des accès d'asthme ou de suffocation qui se répètent plus ou moins fréquemment. Au bout d'un temps plus ou moins long, les accès se rapprochent et sont plus violens; la suffocation paraît imminente; l'inspiration est sonore, bruyante et extrêmement difficile; aussi le malade fait-il de grands efforts pour l'accomplir. Il élève les épaules, toute sa poitrine est agitée, l'angoisse est extrême, la figure pâle et effrayée, ou rouge et gonflée, et exprimant le désespoir, le pouls inégal et intermittent. L'accès passé, tout rentre dans le calme, excepté le pouls, qui reste agité. Le malade périt ordinairement d'une manière subite dans l'intervalle des accès. Tel est l'*œdème de la glotte* des auteurs; nous la nommerons *laryngite œdémateuse*.

La laryngite croupale peut-elle exister sous forme chronique? M. le docteur Desruelles (1) cite l'exemple d'un jeune chirurgien qui avait résisté à un croup aigu, contracté dans son bas âge, et qui depuis ce temps avait la respiration sibilante, quoique assez facile, parfois croupale, et la voix rauque d'une manière très-remarquable.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La marche de la laryngite chronique ordinaire est toujours lente, et sa durée longue en raison du peu d'influence qu'elle exerce sur les fonctions des autres organes. Ce n'est ordinairement qu'après un temps fort long qu'elle met en jeu les sympathies. La laryngite œdémateuse est plus rapide, elle peut causer la mort en quelques jours, soit par suffocation pendant un accès, soit dans l'intervalle, parce que les poumons et les parois thoraciques ne peuvent plus réagir sur l'air, dont l'inspiration reste facile. Quand la laryngite est accompagnée de la carie des cartilages ou de l'œdème de la glotte, elle se termine

(1) *Traité du croup* déjà cité, 2e édition, in-8°, 1824. C'est la meilleure monographie que nous possédions sur la laryngite croupale.

presque toujours par la mort ; aussi le pronostic en est-il rarement favorable.

Caractères anatomiques. Si le malade a succombé aux seuls symptômes de *phthisie laryngée*, on trouve la membrane muqueuse du larynx ulcérée et détruite dans toute son épaisseur. L'ulcération existe ordinairement dans le ventricule du larynx ; elle est grisâtre à la superficie, et d'une couleur plus foncée dans le fond. Le cartilage est à nu et carié ordinairement dans une petite étendue ; il est en outre ossifié tout autour de la carie.

Bayle, qui a bien observé la laryngite œdémateuse, a trouvé sur les cadavres de ceux qui y ont succombé, « les bords de la glotte gonflés, épaissis, blancs et comme tremblotans, et formant un bourrelet plus ou moins saillant et très-infiltré d'une sérosité qu'il est très-difficile de faire écouler, même en comprimant entre les doigts une portion de la membrane à laquelle on a fait plusieurs incisions. Les bords de la glotte, infiltrés et gonflés, y sont disposés de telle manière, que toute impulsion qui vient du pharynx les renverse dans l'ouverture de la glotte, qu'ils bouchent plus ou moins complètement, tandis que toute impulsion qui vient de la trachée-artère repousse ces bourrelets sur les côtés de l'ouverture de la glotte, dont l'orifice devient très-libre (1) ». L'œdème se prolonge quelquefois dans le larynx, mais on y trouve surtout des traces de phlegmasie propres aux membranes muqueuses, telles que taches rouges, injection des vaisseaux, petits abcès et ulcères.

Traitement. Tous les médecins sont à peu près d'accord sur le traitement à opposer à cette phlegmasie. Le silence absolu, les saignées locales, les sinapismes ou les vésicatoires autour du cou, les révulsions opérées sur les voies digestives par les vomitifs ou les purgatifs, ou sur la peau par des vési-

(1) *Dictionnaire des Sciences médicales*, tom. XVIII, pag. 510 et 511.

catoires aux bras, aux cuisses, tels sont les moyens généralement employés. Nous pensons que dans le cas d'ulcération de le membrane et de carie des cartilages, les vésicatoires au cou ne peuvent établir une révulsion assez puissante, et qu'il faudrait leur préférer les sétons ou les moxas légers. Dans la laryngite œdémateuse, il faut joindre à l'emploi de ces moyens celui proposé par M. Thuillier (1), qui consiste dans la compression exercée de temps en temps avec le doigt sur le bourrelet œdémateux. M. Bayle a proposé l'introduction d'une sonde dans la trachée ou la laryngotomie; nous regardons ces moyens comme au moins inutiles. Enfin, dans ces derniers temps, M. Lisfranc a proposé de pratiquer de légères incisions sur l'œdème pour en faciliter le dégorgement; mais, outre que cette opération est très-difficilement praticable, il est permis de douter qu'elle puisse atteindre le but qu'on se propose, quand on songe à la difficulté qu'on éprouve à exprimer la sérosité sur le cadavre, même en comprimant entre les doigts la glotte préalablement incisée. On pourrait cependant tenter ce moyen.

Laryngite intermittente.

Cette phlegmasie ne diffère des précédentes que par le type : on la combat ordinairement par les anti-phlogistiques et les révulsifs. Il est probable qu'on obtiendrait de bons effets des sels de quinquina donnés pendant l'intermission. Schwilgué, dans son *Mémoire sur le croup*, cite un exemple de laryngite croupale intermittente; Jurine en rapporte deux dans son Mémoire sur le même sujet On n'a pas assez remarqué, ce nous semble, que cette forme de laryngite est souvent intermittente et revient par accès pendant la nuit; il serait peut-être avantageux d'employer le sulfate de quinine dans l'intermission, et les anti-phlogistiques, vomitifs et révulsifs pendant l'accès Nous savons

(1) *Essai sur l'angine laryngée œdémateuse*, etc.; thèse, année 1815, nº 81. Paris.

qu'un enfant a été traité avec succès d'après ces données que nous avions communiquées.

De la trachéite.

C'est l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse la trachée-artère. Elle existe rarement séparée de la laryngite ou de la bronchite. Les auteurs l'ont désignée sous le nom d'*angine trachéale*.

Ses causes sont les mêmes que celles de la laryngite ; elle n'en diffère, sous le rapport des symptômes, qu'en ce que la voix est moins altérée et l'inspiration plus facile en même temps qu'elle est plus douloureuse. La durée en est courte, la marche rapide et la terminaison toujours favorable. On la combat par les mêmes moyens que la laryngite.

De la laryngo-trachéite.

Le nom de cette affection en indique assez la nature et le siége. Nous n'en donnerons pas une description particulière ; causes, symptômes, marche, durée, terminaisons, pronostics, lésions cadavériques et traitement, tout lui est commun avec la laryngite, qui, sous forme aiguë et surtout membraneuse, est rarement bornée à la membrane muqueuse du larynx. Le croup, en effet, consiste presque toujours dans l'inflammation simultanée du larynx et de la trachée, et c'est en raison de cette circonstance que M. Blaud lui a imposé le nom de *laryngo-trachéite.*

De la laryngo-trachéo-pharyngite.

On se fait aisément une idée de cette inflammation étendue, de la combinaison de symptômes qui en résulte, et du danger qu'elle entraîne. Il résulte des travaux de M. Bretonneau (1) et

(1) *Ouvrage cité.*

de ceux de M. Guersent (1), que la plupart des affections qu'on a décrites sous les noms d'*angine gangréneuse*, *maligne*, etc., appartiennent à cette phlegmasie compliquée de formation de fausses membranes. Ses symptômes sont alors ceux de la laryngite membraneuse; elle présente plus de danger et réclame les mêmes moyens curatifs. Nous en tracerons l'histoire en traitant de l'angine couënneuse et de la palato-pharyngite.

De la bronchite.

On nomme ainsi la phlegmasie de la membrane muqueuse des bronches. Elle est désignée dans les écrits de la science par les noms de *rhume*, lorsqu'elle est légère, et de *catarrhe pulmonaire*, lorsqu'elle est plus intense; sous cette dernière dénomination, on la partage encore en aiguë et en chronique. On lui a donné également les noms de *catarrhe suffocant*, d'*angine bronchique*, de *fièvre catarrhale inflammatoire*, etc., en raison de quelques particularités qui se sont offertes dans ses symptômes, et dont nous dirons quelques mots. Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente.

Bronchite aiguë.

C'est l'inflammation aiguë de la membrane muqueuse des bronches, ou le *catarrhe aigu* des auteurs.

Causes. La plus ordinaire et presque l'unique des causes de cette phlegmasie, est le froid humide agissant sur toute la peau ou seulement sur certaines parties, telles que les pieds, les épaules ou la poitrine. L'ingestion d'un liquide froid, lorsque le corps est en sueur, l'inspiration d'un air trop froid ou brûlant, ou de gaz irritans, ou d'un air chargé de poussières irritantes, les éclats de voix, le chant, la déclamation, enfin la présence d'un corps étranger dans les bronches, la produisent aussi quelquefois.

(1) *Dictionnaire de Médecine*, tom. II, pag. 390.

Symptômes et *marche*. Ceux de la bronchite la plus légère consistent dans un peu de toux et l'expectoration de quelques crachats. Si elle est un peu plus intense, la toux est légèrement douloureuse ; l'expectoration est nulle les premiers jours, puis elle se manifeste, et consiste d'abord en crachats de mucus peu épais, dont la consistance augmente ensuite à mesure que sa quantité diminue. Ces nuances de la bronchite aiguë sont appelées *rhumes* dans le langage ordinaire : il existe encore un grand nombre de degrés de cette phlegmasie depuis ceux-ci jusqu'au plus élevé, que nous allons décrire.

Une toux vive, revenant ordinairement par quintes accompagnées de douleurs intenses, de déchirement et de chaleur dans la trachée-artère, derrière le sternum, et quelquefois dans toute la poitrine, déterminant la rougeur et le gonflement de la face, le larmoîment, une céphalalgie atroce, et souvent la douleur de l'épigastre, toux suivie de l'expectoration d'un mucus rare, ténu, écumeux, et quelquefois strié de sang, en forme le principal et plus douloureux symptôme. La plus légère impression de froid, l'action de parler ou de boire, le simple changement de position, suffisent souvent pour en renouveler les quintes. Elles se répètent fréquemment sans cause appréciable ; quelquefois les efforts de la toux provoquent des nausées et des vomissemens. A ces symptômes se joignent une oppression ordinairement légère, mais quelquefois assez marquée, le son clair de la poitrine à la percussion, une sensibilité telle de la membrane muqueuse bronchique que l'impression de l'air frais à sa surface est perçue ; la fréquence et la plénitude du pouls, la perte de l'odorat et du goût, une saveur pâteuse et douceâtre au palais et à la langue qui est blanche, une soif modérée et quelquefois nulle, la chaleur de la peau qui présente souvent de la moiteur, enfin la rareté et la couleur foncée de l'urine. L'expectoration est ordinairement nulle dans le commencement ; vers le deuxième ou troisième jour seulement, la toux devient humide, et les

crachats sont tels que nous les avons décrits ci-dessus; mais peu à peu la sécrétion du mucus augmente; il s'épaissit de plus en plus jusqu'au terme de la maladie, en même temps que sa quantité diminue. Au début, les crachats sont quelquefois salés; lorsqu'ils s'épaississent, ils perdent ordinairement cette saveur, ils sont blancs, jaunes ou verts, la toux est grasse et l'expectoration facile.

Tous ces symptômes sont ordinairement plus intenses le soir que dans le jour; leur invasion est souvent précédée de frissons, de malaise, d'éternument, de coryza, ou d'un léger mal de gorge; s'ils sont accompagnés de soif vive, de rougeur au pourtour de la langue, de douleur vive à l'épigastre, d'une grande fréquence du pouls, et de sécheresse de la peau, c'est qu'il existe une gastro-entérite compliquant la bronchite.

Tels sont les signes qu'on possédait pour diagnostiquer la bronchite avant la découverte du stéthoscope. Ce précieux moyen d'exploration fournit des caractères importans, qui ne permettent plus de confondre cette phlegmasie avec les autres inflammations thoraciques.

Le *râle* est le principal de ces caractères; on l'entend souvent dès le début; il est ordinairement sonore et grave, quelquefois sibilant; il est d'autant plus grave et plus sonore qu'il y a moins de sérosité sécrétée, et que la membrane interne des gros troncs bronchiques est plus tuméfiée. Dans ce dernier cas, il imite le bruit d'un coup d'archet prolongé sur une grosse corde de violoncelle. L'étendue de la poitrine dans laquelle il se fait entendre indique l'étendue de l'inflammation. Il devient *muqueux* lorsque la sécrétion du mucus augmente; il est produit par le passage de l'air à travers les crachats accumulés dans les bronches; mais il permet d'entendre le bruit de la respiration, ce qui le distingue du râle propre aux excavations tuberculeuses. Très-souvent cependant la respiration se suspend dans le lieu enflammé; mais cette suspension est momentanée; elle survient tout-à-coup, est due à l'obstruction

d'un rameau bronchique par du mucus assez épais et assez abondant pour intercepter le passage de l'air, et cesse aussitôt que l'expectoration a chassé l'obstacle (1).

Lorsque la bronchite fait périr promptement le malade par suffocation, on la nomme *catarrhe suffocant;* elle est appelée *angine bronchique*, dans les cas où la voix prend un caractère aigu et sifflant très-prononcé, et où la mort survient au milieu des mouvemens convulsifs ou d'un abattement consécutif aux quintes (2); et *fièvre catarrhale inflammatoire*, chez les individus pléthoriques, et lorsque le pouls est large, la peau halitueuse et rosée, et que des hémorrhagies, principalement nasales, ont lieu. Il est évident que ces différences ne sont pour ainsi dire que des accidens dans la bronchite, et ne suffisent pas pour établir autant d'affections particulières

Durée, *terminaisons* et *pronostic*. La durée de la bronchite varie avec le degré d'intensité; en général la bronchite intense dure de quinze à quarante jours, et la bronchite légère de trois à dix jours. La terminaison en est ordinairement favorable, et alors même qu'elle est grave, elle cause rarement la mort; c'est par la résolution qu'elle se termine le plus communément, et quelquefois elle passe à l'état chronique. Quand cette inflammation donne la mort, c'est presque toujours par son extension au tissu pulmonaire, ou aux plèvres, ou au péricarde, etc. Le pronostic est donc rarement funeste; il repose sur la plus ou moins grande étendue qu'occupe l'inflammation. Si le râle s'entend dans toute l'étendue d'un poumon, ou dans la plus grande partie de deux poumons, le danger est imminent; la mort est presque inévitable, si le râle s'entend dans toute l'étendue des deux poumons (3). Enfin, à intensité égale, la bronchite est plus dangereuse chez les enfans, les vieillards

(1) *De l'Auscultation médiate*, etc., tom. II, pag. 69 et suivantes.

(2) *Dictionnaire abrégé des Sciences médicales*, tom. III, pag. 117 et 118.

(3) Laennec, *ouvrage cité.*

et les individus atteints d'une phlegmasie chronique quelconque, mais surtout des poumons, que chez les sujets placés dans toute autre circonstance. Elle est aussi plus grave lorsqu'elle règne épidémiquement que lorsqu'elle est sporadique; mais c'est qu'alors elle est presque toujours compliquée de la phlegmasie d'un autre organe, et principalement de celle des voies digestives. Les épidémies de *grippe*, de *follette*, de *russe*, étaient des bronchites ainsi compliquées; la première, de péripneumonie et d'affection cérébrale. Elle est endémique dans les contrées basses et humides.

Caractères anatomiques. « Une rougeur plus ou moins marquée, et tout au plus un certain degré d'épaississement de cette membrane, sont les seuls caractères anatomiques que présente cette affection; encore ces caractères disparaissent-ils quelquefois en grande partie après la mort (1). » Cette rougeur est ordinairement de peu d'étendue; son siége le plus ordinaire est à la fin de la trachée-artère et dans les premières divisions des bronches. On la trouve disposée par plaques, par zones, par points, par arborisation, etc., comme toutes les inflammations des membranes muqueuses en général.

Traitement. Les nuances légères de la bronchite aiguë, celles qu'on désigne en général par le nom de *rhume*, guérissent souvent à l'aide de simples précautions hygiéniques, telles que celle de se vêtir chaudement, d'éviter le froid et l'humidité, et de conserver le silence le plus qu'il est possible. Souvent aussi ces moyens sont insuffisans, et on est obligé d'y joindre l'usage des infusions de violette, de mauve, de guimauve, de bouillon-blanc, de bourrache, de capillaire, ou des décoctions de dattes, de jujubes, d'orge, etc. On édulcore ces boissons avec le sucre, ou le miel, ou les sirops de gomme, de guimauve, de capillaire indifféremment, et on les coupe quelquefois avec le lait. Toutes ces tisanes doivent être prises

(1) Laennec, *ouvrage cité*, tom. II, pag. 65.

tièdes ; le soir, il est avantageux que le malade les prenne assez chaudes pour exciter la sueur, qu'il favorisera en se couchant immédiatement dans un lit bien bassiné et garni de bonnes couvertures. On dissipe très-souvent les bronchites commençantes et légères par les boissons diaphorétiques, telles que les infusions chaudes de thé, de bourrache, de fleurs de sureau, de scabieuse, etc. Les hommes habitués aux liqueurs spiritueuses obtiennent fréquemment les mêmes résultats par le moyen du vin chaud sucré, de l'eau-de-vie brûlée et caramellée, ou du punch : nous en avons vu de nombreux exemples aux armées ; mais nous ne conseillons pas l'usage de ces boissons aux individus qui n'usent jamais ou que rarement des spiritueux, et encore moins aux personnes à estomac irritable ; les uns et les autres pourraient s'en trouver fort mal. Dans le nord, et surtout dans les contrées humides et froides, dans les pays habituellement brumeux, ces moyens offrent plus de chances de succès que dans les climats tempérés, et surtout que dans les pays méridionaux. On fait un assez fréquent usage en Angleterre, nous a-t-on assuré, d'eau chaude sucrée, à laquelle on ajoute une certaine quantité d'eau-de-vie ou de rhum. Nous ne parlerons pas des pâtes de guimauve, de jujubes, etc. ; si ces moyens secondaires ne doivent pas être négligés, ils sont aussi trop peu importans pour devenir l'objet d'indications spéciales.

Les mêmes agens thérapeutiques suffisent encore dans quelques bronchites accompagnées de chaleur générale et de fréquence et plénitude du pouls, et il est impossible d'établir la limite où commence leur impuissance et finit leur efficacité. On peut dire cependant qu'en général ils deviennent insuffisans dans la grande majorité des bronchites qui accélèrent les contractions du cœur, et qu'il faut en seconder l'emploi par les moyens que réclame la bronchite intense.

Une température douce et uniforme, le silence absolu et la diète complète, sont d'abord les premières conditions qu'on

doit exiger dans toute bronchite aiguë; ensuite, si l'oppression est prononcée, le pouls plein et large, la toux très-violente et douloureuse, l'expectoration nulle ou légèrement sanguinolente, et la poitrine brûlante, il faut prescrire la saignée du bras, et la répéter à de courts intervalles (dix à douze heures), une ou plusieurs fois, tant que ces symptômes persistent au même degré ou ne s'amendent pas d'une manière sensible. Lorsqu'ils sont beaucoup diminués, et dans les cas moins graves où ils sont naturellement plus légers dès le début, on parvient ordinairement à les dissiper complètement par des applications de sangsues sous les clavicules, sur le sternum et dans les points où le râle est plus prononcé. Dans les deux cas, on emploie l'une des boissons que nous avons indiquées; on y joint l'usage des loochs, des potions huileuses, et les cataplasmes émolliens très-chauds, et souvent renouvelés, appliqués sur la poitrine. On peut aussi recourir aux narcotiques lorsque la toux est très-douloureuse et convulsive; mais on doit cesser leur emploi aussitôt que l'expectoration commence à devenir un peu abondante. Enfin, quand les symptômes d'acuité et d'excitation générale sont dissipés, si la bronchite se prolonge et menace de passer à l'état chronique, on applique avec avantage un vésicatoire au bras ou sur la poitrine elle-même. On a conseillé et employé, dans la période d'acuité, les vapeurs émollientes; mais elles sont peu efficaces, et nuisent quelquefois par leur température.

Les mêmes moyens conviennent encore dans la première période de la bronchite des enfans, désignée sous le nom de *coqueluche :* toutefois les saignées locales l'emportent de beaucoup ici sur les émissions sanguines générales. Après leur emploi, et lorsque l'excitation générale et locale a été diminuée par elles, on a recours aux sédatifs, parmi lesquels la belladone tient le premier rang. On ne doit toutefois en user qu'avec circonspection, et un régime doux, l'usage des mucilagineux et l'application d'un vésicatoire au bras, sont très-souvent préfé-

rables. L'oxide de zinc et les vomitifs, tant vantés, sont dans le même cas. Nous en dirons autant des nombreux excitans qu'on a conseillés dans la dernière période; cependant, chez les enfans mous, débiles et lymphatiques, quelques stimulans, mais pris particulièrement dans le régime alimentaire, conviennent quelquefois.

Lorsque la bronchite est produite par la présence d'un corps étranger, il faut tenter d'en obtenir la sortie par la trachéotomie. (Voyez *Corps étrangers*.)

Bronchite chronique.

C'est l'inflammation chronique des bronches, le *catarrhe chronique* des auteurs.

Causes. Cette phlegmasie est produite par les mêmes causes que la précédente, à laquelle elle succède plus souvent qu'elle n'est primitive.

Symptômes et *marche*. La toux et l'expectoration sont ordinairement les seuls symptômes qui accompagnent la bronchite chronique; presque jamais il ne s'y joint de phénomènes sympathiques, du moins dans les premiers temps de sa durée. La toux est plus ou moins fréquente; elle revient souvent par quintes, surtout chez les vieillards; elle est sèche (*catarrhe sec*) ou humide (*catarrhe humide* des auteurs). Dans ce dernier cas, la nature de l'expectoration varie : les crachats sont jaunes, ou grisâtres, ou puriformes, et plus ou moins opaques (*catarrhe muqueux*), ou bien ils sont transparens, incolores, filans, et semblables à du blanc d'œuf délayé dans l'eau (*catarrhe pituiteux*). (En substituant le mot *bronchite* au mot *catarrhe*, ces dénominations peuvent être conservées avec avantage.) Lorsque la toux est sèche, elle s'accompagne quelquefois de dyspnée, et revient par accès (*asthme sec*), ou bien elle ne présente ni l'un ni l'autre de ces phénomènes, et débute par ce caractère de sécheresse, sans avoir été précédée de bron-

chite aigue (*toux nerveuse* des auteurs). Au bout d'un temps indéterminé, il arrive que quelques malades perdent l'embonpoint et les forces; l'appétit diminue, la soif se fait sentir, la peau devient brûlante, particulièrement à la paume des mains, et le pouls s'accélère. Tous ces symptômes s'exaspèrent pendant la nuit; ils sont suivis de sueurs vers le matin. Bientôt le dévoiement survient, l'amaigrissement fait des progrès rapides et le malade succombe. Quelquefois, c'est par le passage de la phlegmasie à l'état aigu que cette terminaison funeste arrive. Dans quelques cas enfin, le malade paraît succomber à l'épuisement produit par l'abondance de la sécrétion muqueuse.

Le stéthoscope donne les moyens de distinguer la bronchite chronique de la phthisie pulmonaire, avec laquelle on la confondrait fréquemment sans cet instrument. Si, après avoir observé le malade à des heures différentes et pendant un certain temps, dit Laennec (1), on ne trouve ni la pectoriloquie, ni le gargouillement de la matière tuberculeuse ramollie, ni la respiration *trachéale* des excavations tuberculeuses, ni l'absence constante de la respiration, qui indique les engorgemens tuberculeux un peu étendus, et si la respiration s'entend bien dans tout le poumon, on a déjà une forte présomption que la maladie n'est autre chose qu'un *catarrhe chronique*, et cette présomption se change en certitude si, pendant deux ou trois mois, on obtient toujours le même résultat. A ces signes négatifs, il faut joindre, dans la bronchite muqueuse, le râle muqueux, rarement continu, plus rarement général, et n'empêchant pas d'entendre la respiration, qui n'éprouve presque jamais de suspension totale, comme dans la bronchite aigue, et qui souvent même acquiert le caractère *puéril;* dans la bronchite pituiteuse, la respiration s'entend bien encore, et le râle qui l'accompagne est ordinairement fortement sibilant

(1) *Ouvrage cité*, tom. II, pag. 77.

ou sonore, il imite assez souvent le chant des oiseaux, le son d'une corde de basse, et quelquefois même un peu le roucoulement de la tourterelle ; enfin, dans la bronchite sèche, le cylindre ne fournit aucun signe particulier à cette variété de la phlegmasie.

Durée, *terminaison* et *pronostic*. Il est impossible de déterminer la durée, même moyenne, de la bronchite chronique, puisqu'elle peut se terminer en quelques mois, comme se prolonger pendant quinze ou vingt ans. Elle se termine par la résolution, ou par le passage à l'état aigu, ou par extension au tissu pulmonaire, ou par le marasme et par la mort succédant à l'une des trois terminaisons qui précèdent ; elle devient, par sa répétition, la cause fréquente du développement des tubercules : on en obtient en général difficilement la guérison, surtout chez les vieillards.

Caractères anatomiques. Ils sont peu connus, parce que la bronchite chronique entraîne rarement la mort, si ce n'est en se compliquant avec d'autres phlegmasies, dont on trouve alors les traces. On rencontre ordinairement la membrane muqueuse des bronches épaissie, marbrée, grisâtre ou brune, mais presque jamais rouge, dans quelques cas tout-à-fait pâle, et quelquefois tapissée par un mucus plus ou moins visqueux et plus ou moins adhérent. Les ganglions bronchiques sont assez souvent gonflés, et la partie supérieure des poumons pleine de tubercules. Quelquefois, enfin, on trouve de l'air extravasé dans le tissu pulmonaire, et formant à la surface du poumon des vésicules irrégulières qu'on peut facilement déplacer en les poussant avec le doigt. M. Laennec désigne cette altération par le nom d'*emphysème du poumon*.

Traitement. Diverses méthodes thérapeutiques ont été employées contre la bronchite chronique, et l'on ne connaît pas bien encore toutes les conditions qui rendent l'une préférable aux autres, dans les différens cas. Mais les méthodes adoucissantes et révulsives combinées, étant, de toutes, celles qui

comptent le plus de succès et offrent le moins d'inconvéniens, c'est par elles qu'il est préférable de commencer le traitement de cette phlegmasie : elles consistent dans l'usage des boissons gommeuses, d'un régime lacté ou composé d'alimens très-doux ; l'emploi des saignées locales au début, enfin les ventouses, les exutoires, appliqués sur la poitrine ou à un des bras. On a recours en même temps, avec de grands avantages, aux frictions sèches, aux gilets de flanelle sur la peau, à l'habitation de la campagne, si cela est possible, dans une chambre exposée au midi, et mieux encore dans les climats méridionaux. Excepté chez quelques vieillards, certains individus tout muqueux, et dans quelques cas où la bronchite ne paraît consister que dans une sorte d'habitude de la membrane à sécréter une quantité trop abondante de mucosités, il convient de ne tenter l'emploi des autres moyens que nous allons indiquer, qu'après s'être convaincu de l'inefficacité des précédens ; mais, dans ces circonstances, on peut essayer les décoctions de lichen d'Islande, de quinquina ; les infusions de lierre terrestre, d'hyssope, de vulnéraire suisse ; les pastilles de soufre, d'ipécacuanha ; les substances balsamiques ; les eaux minérales sulfureuses d'Enghien, de Bonnes, de Baréges ; l'inspiration des vapeurs aromatiques de benjoin, de succin, de goudron, etc. Enfin, M. Laennec dit avoir *soulagé très-notablement* quelques malades par l'usage long-temps continué des alcalis, des savonneux, des bains hydro-sulfureux, du polygala de Virginie, et les autres médicamens que les médecins humoristes et chimistes des trois derniers siècles regardaient comme *propres à corriger la viscosité des humeurs*. On pourra donc tenter l'usage de ces médicamens pour *soulager* les malades qu'on désespèrera de guérir, en ayant toutefois sans cesse présent à l'esprit que c'est sur un estomac sensible qu'on les dépose, et que la chance de nuire beaucoup est ici placée tout à côté de celle d'être faiblement utile.

Bronchite intermittente.

Le docteur Mongellaz a rassemblé dans son ouvrage sur les irritations intermittentes (1) plusieurs exemples de bronchites intermittentes que les auteurs auxquels il les emprunte avaient décrites sous les noms de *toux*, *fièvres catarrhales* et *catarrhes* intermittens. Elle est produite par les mêmes causes que la bronchite aiguë ; mais, agissant d'une manière intermittente, elle offre les mêmes symptômes. Quant à la marche, la durée, les modes de terminaison, le pronostic et le traitement, elle ne diffère en rien des autres irritations du même type.

De la pneumonite.

La pneumonite est l'inflammation du tissu pulmonaire, c'est-à-dire l'inflammation comprenant tout à la fois les ramifications bronchiques, les vaisseaux sanguins qui s'entrelacent avec elles, et le tissu cellulaire qui sert de lien à ces parties, et dont elle occupe une plus ou moins grande étendue. Nous la rangeons parmi les inflammations des membranes muqueuses, parce que c'est presque toujours par la membrane muqueuse pulmonaire qu'elle commence et qu'elle se communique aux parties environnantes. L'expectoration sanguinolente et le râle crépitant, qui en sont les symptômes les plus constans, prouvent que tel est en effet son siége principal. M. Andral pense même qu'elle a son siége exclusif sur cette membrane ; il a cherché à démontrer qu'elle occupe spécialement les vésicules pulmonaires, et a su réunir avec le talent qu'on lui connaît les considérations les plus solides en faveur de cette opinion (2).

(1) *Essai sur les irritations intermittentes*, etc., 2 vol. in-8°. Paris, 1821. Cet ouvrage est ce que nous possédons de meilleur sur les irritations intermittentes.

(2) *Clinique médicale ou Choix d'Observations recueillies à la clinique*

Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente, et, sous ces diverses formes, elle a reçu les noms de *pneumonie*, *péripneumonie*, *fièvre péripneumonique*, etc.

Pneumonite aiguë.

L'inflammation aiguë du tissu pulmonaire est une des maladies les plus anciennement connues, celle sur la nature de laquelle les opinions des médecins ont le moins varié, et qu'ils ont souvent prise pour type des inflammations internes.

Causes. Les plus ordinaires et les plus puissantes sont le refroidissement subit de la peau lorsqu'elle est échauffée ou couverte de sueur; le refroidissement partiel de la poitrine pendant le sommeil, et surtout dans l'état de convalescence; l'ingestion d'un liquide glacé pendant la sueur; l'immersion dans l'eau à une température trop basse; l'inspiration d'un gaz irritant; les coups et les chutes sur la poitrine, et les plaies pénétrantes dans cette cavité. Viennent ensuite les courses forcées, les efforts violens, les cris, l'équitation rapide contre le vent, la suppression d'une hémorrhagie ou d'une saignée habituelle, la disparition subite d'une phlegmasie extérieure, les grandes brûlures de la peau, les amputations des gros membres. Nous avons observé plusieurs pneumonites qui nous ont paru bien évidemment s'être développées sous l'influence d'un violent et subit chagrin. Cette cause avait-elle agi seule? Nous avons vainement cherché à en découvrir une autre. Comment agit-elle? Nous l'ignorons. Le fait ne nous en paraît pas moins incontestable. Nous ferons remarquer à ce sujet que les affections morales tristes peuvent faire naître l'inflammation dans tous les organes principaux, et que ces inflammations sont en général très-graves. Enfin, il arrive assez souvent que les causes de la pneumonite nous échappent.

Symptômes, marche, durée, etc. Un frisson plus ou moins

de *M. Lherminier*, publiée par M. Andral, tome II, pages 312 et suivantes.

violent précède ordinairement les symptômes suivans : douleur profonde et pongitive dans un ou les deux côtés du thorax, se faisant sentir principalement au-dessous des seins ; gêne de la respiration, inspiration difficile et incomplète, toux, expectoration visqueuse et plus ou moins mêlée de sang ; impossibilité de se coucher sur le côté sain ; coloration en rouge, plus ou moins foncée et ordinairement bien circonscrite, de l'une ou des deux pommettes ; teinte livide de la face lorsqu'une grande étendue des deux poumons est envahie par l'inflammation ; pouls plein, large et fréquent ; peau chaude et halitueuse, urines rares et d'un rouge foncé.

Le mode d'invasion n'est pas toujours celui que nous venons d'indiquer. Quelquefois la pneumonite succède à une bronchite, et l'on voit alors les symptômes de celle-ci s'accroître graduellement et ceux de la première apparaître. D'autres fois, la maladie débute par les symptômes que les auteurs ont assignés à la *fièvre inflammatoire*, tels que l'accélération et plénitude du pouls, l'augmentation de la chaleur, des tintemens des oreilles, la rougeur des yeux, de la face et de toutes les muqueuses visibles ; ces symptômes durent un jour ou deux, puis tout-à-coup ceux de la pneumonite éclatent, ou plutôt ils deviennent apparens, car il n'est pas douteux qu'ils n'existassent dès le début, et qu'on ne les eût découverts si on eût ausculté le malade avec soin.

Il est impossible de la méconnaître, quel qu'ait été le mode d'invasion de la pneumonite, aux symptômes que nous avons décrits. Mais ils ne sont pas toujours aussi prononcés, et on les trouve rarement tous réunis. La douleur n'est pas constante, elle n'existe même que quand la plèvre participe à l'état inflammatoire. La respiration est quelquefois libre ; cela arrive presque toujours lorsque la pneumonite est peu étendue, et surtout lorsqu'elle est accompagnée d'une autre phlegmasie grave, la variole par exemple. Enfin, la toux, l'expectoration, le décubitus forcé sur le côté malade, la coloration des pom-

mettes, etc., manquent aussi quelquefois, principalement dans la dernière circonstance que nous avons notée, celle de complication avec la phlegmasie interne d'un autre organe. De là de nombreuses difficultés dans le diagnostic : la percussion de la poitrine, suivant la méthode d'Avenbrugger, en lève une partie ; l'emploi du stéthoscope les fait toutes disparaître.

La percussion du thorax, dans les points correspondans à l'inflammation pulmonaire, ne donne qu'un son mat, au lieu du son clair qu'elle fait entendre dans les autres parties. Ce signe est sans doute précieux, mais on ne l'obtient pas toujours; et d'ailleurs une masse de tubercules agglomérés, ou un épanchement pleurétique, le fournissent également; enfin, dans quelques cas, la percussion ne peut même être exercée en raison de la sensibilité du thorax. Le stéthoscope est moins infidèle et peut toujours être employé. Voici les signes fournis par ce mode précieux d'exploration. Dans le premier degré de la phlegmasie, on entend encore la respiration dans le point affecté; mais elle est beaucoup moins grande et moins sonore que dans les autres parties de la poitrine; elle est en outre accompagnée, dans l'inspiration surtout, d'une espèce de crépitation ou râle léger, que M. Laennec compare à celui du sel que l'on fait décrépiter en le chauffant dans une bassine, et qu'il appelle *râle crépitant*. Dans le second et le troisième degré, la respiration ne se fait plus entendre dans le point affecté, bien que dans les grandes inspirations on voye encore le mouvement des parois thoraciques. Très-souvent, cependant, on entend, non pas le bruit respiratoire, mais un *râle muqueux* plus ou moins marqué. Cela a surtout lieu quand la bronchite se joint à la pneumonite, ce qui est très-fréquent, ou quand l'expectoration visqueuse du début devient épaisse et facile. Assez ordinairement, dans les trois degrés de la phlegmasie, la respiration est *puérile*, c'est-à-dire très-sonore, bruyante et facile dans les parties saines du poumon. Elle présente assez souvent même un caractère particulier; il semble

que quelqu'un souffle avec force dans un tuyau d'airain auprès de l'oreille de celui qui ausculte ; en même temps la voix est résonnante. C'est M. Andral qui a surtout fixé l'attention sur ce bruit respiratoire, qu'il propose de nommer *respiration bronchique*, symptôme déjà signalé par Laennec, et qu'il attribue à ce que l'air ne peut pas pénétrer au-delà des gros tuyaux bronchiques. On ne l'observe en effet que chez les malades dont le poumon est hépatisé et ne se laisse plus pénétrer par l'air. Enfin, dans le cas de double pneumonite, le cylindre donne un signe tout-à-fait caractéristique. Outre l'intensité plus grande du murmure respiratoire dans les parties restées saines, et le râle crépitant dans celles qui sont enflammées, on remarque qu'il existe un contraste frappant entre la grande dilatation des parois de la poitrine et la fréquence de la respiration, et la faible intensité de celle-ci dans les points enflammés.

L'auscultation ne fournit pas toujours les moyens de reconnaître une pneumonite. Ainsi, chez les phthisiques et les anévrismatiques, comme on ne peut pas trop se fier à la valeur des signes qu'elle donne, elle laisse souvent dans l'incertitude ; elle n'apprend rien lorsque l'inflammation commence par occuper la pointe ou le centre du poumon ; enfin il existe quelquefois un râle bronchique tellement fort, en raison de la grande quantité de liquide contenu dans les bronches, qu'il est impossible d'entendre le râle de la pneumonite. Ce moyen d'exploration n'en est pas moins des plus utiles dans l'immense majorité des cas, et nous ferons remarquer que même dans l'absence des signes directs de l'inflammation pulmonaire, il peut cependant encore la faire soupçonner, en permettant de reconnaître que le bruit respiratoire est plus intense que dans l'état normal. Lorsqu'on observe en effet cet accroissement d'intensité du bruit respiratoire, on peut presque en conclure que la respiration s'exerce incomplètement dans certains points cachés, et que c'est pour y suppléer en quelque sorte qu'elle s'exerce avec plus de force dans les autres points.

L'auscultation d'ailleurs n'éclaire pas seulement le diagnostic de la pneumonite ; elle permet d'en suivre avec assez de précision les progrès. Ainsi, lorsque la résolution s'opère, elle fait entendre le retour du râle crépitant dans les points qui étaient imperméables à l'air ; elle apprend qu'en même temps la respiration bronchique et la résonnance de la voix diminuent ; puis que le murmure respiratoire remplace peu à peu le râle crépitant, et enfin qu'il gagne chaque jour en étendue, tandis que celui-ci s'affaiblit et diminue. Si au contraire la maladie s'aggrave, le cylindre permet d'en suivre l'accroissement par l'observation des symptômes contraires à ceux que nous venons d'énumérer. Enfin, il avertit par la persistance du râle, qu'un noyau d'inflammation existe encore lorsque tous les autres symptômes semblent complètement dissipés, et met le médecin sur ses gardes sur le retour certain de la pneumonite si on l'abandonne à elle-même.

La marche de cette phlegmasie, lorsqu'elle est intense, est toujours très-rapide, et surtout si elle occupe les deux poumons à la fois et dans une grande étendue ; elle peut, au contraire, se prolonger pendant trente et quarante jours lorsqu'elle est légère et peu étendue. Sa durée moyenne est de sept à quinze jours. Elle se termine par résolution, induration rouge, suppuration, œdème du poumon, gangrène, passage à l'état chronique, et par la mort. La terminaison par gangrène est extrêmement rare. M. le professeur Laennec pense que cette gangrène se rapproche de la nature de l'anthrax, de la pustule maligne et du charbon pestilentiel, et qu'on peut à peine la ranger au nombre des terminaisons de l'inflammation pulmonaire. Cette phlegmasie est souvent mortelle.

Caractères anatomiques. Ils diffèrent suivant l'époque à laquelle la mort survient. Considérée sous le rapport anatomique, dit M. Laennec, l'inflammation du tissu pulmonaire présente trois degrés très-tranchés et faciles à reconnaître. Dans le premier, le poumon, plus pesant que dans l'état naturel, présente

à l'extérieur une couleur livide ou violacée, et une fermeté beaucoup plus grande que dans l'état naturel. Il est cependant encore crépitant; mais, lorsqu'on le presse entre les doigts, on sent qu'il est engorgé par un liquide, et que la crépitation est beaucoup moindre que dans l'état sain. Lorsqu'on le coupe, son tissu paraît d'un rouge livide et tout infiltré d'une sérosité plus ou moins sanguinolente, spumeuse et trouble, qui coule avec abondance de la surface des incisions: Bayle a désigné cet état sous le nom d'engouement. Dans le second degré, le tissu du poumon ne crépite plus, et acquiert une pesanteur et une consistance analogues à celles du foie; c'est ce qui a fait désigner cet état sous le nom d'*hépatisation*. Il paraît souvent moins livide à l'extérieur que dans le premier degré, mais il présente intérieurement une couleur rouge plus ou moins foncée, et sur laquelle tranchent, d'une manière très-remarquable, les taches formées par la matière noire pulmonaire, les rameaux bronchiques, les vaisseaux sanguins et les cloisons celluleuses du poumon. Coupé en plusieurs morceaux, il ne suinte presque rien de la surface des incisions; seulement, en la raclant avec le scalpel, on en exprime un peu de sérosité sanguinolente, plus trouble et plus épaisse que celle qui a été décrite ci-dessus, et dans laquelle on distingue souvent une matière plus épaisse, opaque, blanchâtre et puriforme. La substance du poumon est comme *grenue*, ou formée de petits grains rouges, oblongs et un peu aplatis. Lorsqu'un poumon est hépatisé en entier, il est souvent plus volumineux que dans l'état naturel, et porte quelquefois l'empreinte des côtes à sa surface; nous en avons vu un exemple à l'Hôtel-Dieu, depuis l'époque même où M. Laennec en a nié la possibilité. Enfin, dans le troisième degré, le tissu pulmonaire, en conservant la dureté et l'aspect granuleux précédemment décrits, prend une couleur jaune pâle et analogue à celle de la paille, et laisse suinter de la surface des incisions une matière jaune, opaque, visqueuse et évidemment purulente, mais d'une odeur fade.

Ce n'est que dans des cas extrêmement rares que l'on rencontre ce pus rassemblé en foyers peu considérables, peu nombreux, et dispersés çà et là (1).

Les altérations que nous venons de décrire existent quelquefois sur les deux poumons en même temps; souvent elles sont bornées à un seul de ces organes; dans l'un et l'autre cas, elles occupent une plus ou moins grande étendue; tantôt elles sont circonscrites et tantôt elles occupent la totalité de l'organe. On les rencontre plus fréquemment à droite qu'à gauche; les lobes inférieurs en sont le siége plus fréquent que les lobes supérieurs. Sur deux cent dix pneumonies consignées dans les ouvrages de Morgagni, Stoll, Dehaen, Pinel et Broussais, et recueillies à l'hôpital de la Charité, M. Andral a remarqué que cent vingt-une existaient à droite, cinquante-huit à gauche, et vingt-cinq sur les deux poumons; le siége de six n'a pas été indiqué par les observateurs. Enfin, sur quatre-vingt-huit pneumonites observées par lui, le même médecin a trouvé quarante-sept fois l'inflammation du lobe inférieur, trente fois celle du lobe supérieur, et onze fois le poumon enflammé en totalité.

Cet habile observateur a signalé une variété de la pneumonite dans laquelle l'inflammation est disséminée sur une foule de points isolés que sépare un tissu parfaitement sain. Ces points enflammés, variables en nombre et en étendue, offrent toutes les nuances que nous avons décrites, occupent indistinctement toutes les parties du poumon, et sont quelquefois entourés d'une infiltration d'une grande quantité de sérosité (2).

Dans les cas de gangrène du poumon, cet organe présente des nuances variées, depuis le blanc sale et légèrement verdâtre jusqu'au vert foncé et presque noir, quelquefois avec un

(1) *De l'Auscultation médiate*, etc., tom. Ier, pag. 160 et suiv.

(2) *Clinique médicale*, tom, II, pag. 317 et suiv.

mélange de brun ou de jaune brunâtre terreux ; quelques points çà et là sont ramollis et tombent en déliquium putride. Un liquide sanieux, trouble, d'un gris verdâtre et d'une fétidité gangréneuse insupportable, s'écoule des parties altérées à mesure qu'on les incise. M. Laennec nomme cette gangrène, qui est la plus rare, *non circonscrite*, pour la distinguer de la suivante, un peu plus commune. Dans celle-ci, l'altération consiste dans une véritable eschare circonscrite, n'occupant qu'une petite étendue du poumon, et pouvant se prolonger sous forme chronique ; aussi, suivant l'époque où la mort arrive, observe-t-on ou l'eschare gangréneuse ou le ramollissement qui en précède l'expulsion, ou enfin l'excavation qui la suit. M. Laennec pense que Bayle a établi sa phthisie ulcéreuse sur des observations d'anatomie pathologique de cette nature (1).

Enfin, lorsque la pneumonite aiguë se termine par l'œdème du poumon, le tissu pulmonaire est d'un gris pâle ; ses vaisseaux paraissent contenir moins de sang que dans l'état naturel ; il est plus dense et plus pesant, ne s'affaisse pas à l'ouverture du thorax, crépite cependant encore, conserve assez l'empreinte du doigt, et, lorsqu'on l'incise, laisse ruisseler une sérosité abondante, presque incolore ou très-légèrement fauve, transparente et à peine spumeuse. Cet état ne survient souvent que peu d'heures avant la mort ; il succède aussi fréquemment aux affections chroniques qu'aux affections aiguës du poumon (2).

Traitement. La saignée générale est le moyen le plus puissant et le plus efficace à opposer à la pneumonite ; tous les médecins, depuis les temps les plus reculés, ont été d'accord sur ce point. Son efficacité est si bien établie, qu'elle a souvent été un des argumens dont on s'est servi pour prouver la certi-

(1) Laennec, *ouvrage cité*, tom. Ier, pag. 182 et suiv.
(2) *Idem*, tome II, page 9 et suivantes.

tude de la médecine. Mais, pour qu'elle produise de bons effets, il faut qu'elle soit faite largement, répétée tant que la gêne de la respiration, la plénitude du pouls et le râle crépitant ne diminuent pas d'une manière sensible, et à des intervalles assez rapprochés pour ne pas donner le temps à la phlegmasie de reprendre son intensité première entre chaque évacuation sanguine. Lorsque l'inflammation est très-intense et occupe une grande étendue, il ne doit pas y avoir plus de douze heures d'intervalle entre chaque saignée; dans les cas de moindre intensité, il doit rarement dépasser un jour; quelquefois une seule saignée suffit. Chez les enfans, qu'il est, en général, assez difficile de saigner du bras, on est forcé d'avoir recours aux sangsues; il faut alors les appliquer en assez grand nombre si l'on veut en obtenir de bons effets. Les saignées locales peuvent aussi être employées lorsque la pneumonite est peu intense, soit qu'elle ait déjà été affaiblie par les saignées générales, soit que primitivement elle ait été légère. Enfin, lorsqu'il s'y joint un point pleurétique, il devient presque indispensable de les employer sur le lieu douloureux, en même temps que les saignées générales, si on les juge nécessaires. Des boissons gommeuses et mucilagineuses, de même que celles que nous avons indiquées en parlant de la bronchite aiguë, des loochs, une température douce, la diète sévère et le silence absolu, concourent efficacement à la guérison. Lorsque la période d'irritation est passée, c'est-à-dire quand il n'y a plus de chaleur à la peau, de fréquence dans le pouls, le moment est venu d'employer les révulsifs. On prévient le passage à la chronicité de beaucoup de pneumonites par l'application d'un vésicatoire au bras au déclin de la maladie. Sous l'influence de cette médication, on voit disparaître une petite toux qui persiste souvent sans cela, se prolonge et se ranime au bout d'un ou deux mois, et conduit le malade à la désorganisation pulmonaire; c'est aussi l'époque où l'on rend avec avantage les boissons et en particulier les loochs légèrement narcotiques.

Les minoratifs, tels que la manne dans du lait, administrés à cette même époque, et quand les voies digestives ne sont pas enflammées, opèrent quelquefois une révulsion avantageuse, quoique faible, sur ces parties. On a recours aux mêmes moyens lorsque la pneumonite est produite par une plaie pénétrante de la poitrine ; on y joint les précautions que nous indiquerons en parlant de ces plaies. (Voyez *Plaies pénétrantes de poitrine.*)

On vante singulièrement, depuis quelque temps, l'usage du tartre d'antimoine et de potasse à haute dose dans cette phlegmasie. Cette thérapeutique nous vient d'Italie, où elle paraît sur son déclin. Nous doutons qu'elle fasse fortune en France. Déjà quelques-uns de ses partisans se bornent à la conseiller dans les cas de pneumonite dont on désespère d'obtenir la cure par les moyens rationnels; bientôt sans doute on n'en entendra plus parler. Il est remarquable que les fauteurs de cette thérapeutique n'ont garde de renoncer à l'emploi de la saignée ; et si l'on en juge par le petit nombre d'observations qu'ils ont publiées, ils sont obligés de recourir à ce moyen un plus grand nombre de fois que s'ils n'employaient pas concurremment le *contre-stimulant* par excellence. Rasori saigne quatorze fois un homme auquel il administre des doses énormes d'émétique. Il n'existe peut-être pas un autre exemple de pneumonite dans lequel on ait été forcé de saigner un aussi grand nombre de fois (1). Ne pourrait-on pas raisonnablement s'en prendre à l'émétique ? Enfin, quelques faits extraits de la Clinique de M. Laennec (2), nous apprennent que les pneumoniques traités de la sorte mettent souvent quarante jours et plus à guérir. Or, on sait combien il est rare qu'une pneumonite aiguë, traitée par les seuls anti-phlogistiques, dépasse le douzième, le quinzième ou tout au plus le seizième jour; c'est sans doute au

(1) Voyez *Archives générales de Médecine*, tom. IV, pag. 434.
(2) Voyez *Archives générales de Médecine*, pag. 481 et suiv.

bienfaisant émétique que ces phlegmasies doivent l'avantage de leur plus longue durée.

Pneumonite chronique.

L'inflammation chronique du tissu pulmonaire constitue une des espèces de la *phthisie pulmonaire* des auteurs.

Causes. Ce sont toutes celles de la pneumonite aiguë, dont elle est d'ailleurs la suite très-fréquente, et que, sous le nom d'*induration rouge* ou *hépatisation*, nous avons vue être une de ses terminaisons. Elle est produite quelquefois par le frisson des fièvres intermittentes; nous avons essayé d'expliquer comment cela a lieu.

Symptômes et *marche*. Ils consistent dans une petite toux sèche, qui revient ou s'exaspère tous les soirs ou vers le milieu de la nuit, et s'accompagne aux mêmes heures d'un peu d'oppression, d'une légère élévation de la chaleur de la peau, surtout à la paume des mains, de la rougeur des pommettes, et de la plénitude du pouls, souvent sans accélération. Ordinairement un peu de moiteur couvre les bras seuls, ou les bras et la poitrine, ou ces parties et la tête du malade à son réveil; toute la journée se passe bien, et le soir ou la nuit la même scène se renouvelle. Mais le malade n'apporte en général qu'une faible attention à ces symptômes, jusqu'à ce qu'il s'aperçoive enfin que ses forces ne se raniment pas, si cet état est la suite d'une pneumonite aiguë, ou qu'elles diminuent et qu'il maigrit; et comme il conserve l'appétit quelquefois jusqu'au dernier moment, il se fait illusion et garde l'espérance pendant très-longtemps. A mesure que l'affection fait des progrès, les symptômes prennent plus d'intensité, surtout par l'effet du repas du soir; la toux est suivie d'expectoration muqueuse ou puriforme, ou striée de sang; le teint prend une couleur jaune de paille ou de feuille morte; le malade tombe dans le marasme, il devient œdémateux, surtout aux paupières et aux mains, et il meurt

souvent tout-à-coup; quelquefois la mort survient par le passage de la maladie à l'état aigu.

Chez quelques malades, la dyspnée est très-forte le soir, et nulle dans le jour; chez tous, la marche rapide et l'action de monter déterminent plus ou moins de gène de la respiration.

Les signes fournis par la percussion et le cylindre sont le son mat et l'absence du murmure respiratoire.

Durée, terminaisons et *pronostic*. La durée de la pneumonite chronique dépend de l'étendue qu'occupe l'induration, des influences hygiéniques, de l'irritabilité du malade, etc., ce qui ne permet guère de l'estimer d'une manière générale. Rarement elle est moindre de deux mois, et elle peut s'étendre beaucoup au-delà de ce terme. Sa terminaison la plus fréquente est la mort par le marasme ou le passage à l'état aigu; elle peut cependant se résoudre quand elle occupe peu d'étendue. Le pronostic en est toujours grave.

Caractères anatomiques. Ils consistent dans l'*hépatisation* que nous avons décrite précédemment; il serait superflu d'y revenir. Nous ajouterons seulement qu'on rencontre quelquefois au centre de cette induration des points ramollis et pâteux, comme si l'organe était brisé et putréfié. Assez souvent aussi on trouve un peu de sérosité et une exsudation membraniforme à la surface de la plèvre, qui n'ont pas été annoncées pendant la vie par les symptômes particuliers de la pleurésie (1). Quand des symptômes aigus se sont manifestés avant la mort, on trouve le poumon enflammé autour de la portion indurée.

Traitement. Préserver le malade de toutes les causes d'excitation pulmonaire, et surtout du froid; combattre l'irritation localement, l'appeler à l'extérieur par les révulsifs et les excitans cutanés, et les suppurations long-temps continuées, enfin

(1) *Histoire des phlegmasies chroniques*, tom. Ier, pag. 171.

nourrir le malade avec des alimens non excitans, telles sont les bases du traitement de la pneumonite chronique posées par M. Broussais dans son excellente *Histoire des phlegmasies chroniques* (1). Il ne nous reste donc qu'à donner quelques développemens à ces préceptes.

On satisfait à la première indication, par les vêtemens de flanelle, l'habitation dans des appartemens où l'on entretient une température douce et uniforme, ou dans les pays méridionaux, si cela est possible, et en recommandant d'éviter les longues conversations, les cris, la déclamation, les marches rapides et les efforts de toute espèce. Pour combattre l'irritation localement, on applique des sangsues aux parois du thorax correspondant au point affecté; on répète les applications de temps à autre, chaque fois surtout que l'irritation paraît vouloir s'exaspérer, et l'on recouvre en même temps toute la poitrine d'un large cataplasme. En général, on n'a peut-être pas assez recours à la saignée générale dans la pneumonite chronique; nous pouvons affirmer en avoir retiré les meilleurs effets dans plusieurs cas où nous l'avons substituée aux sangsues, malgré l'ancienneté de la phlegmasie.

Des vésicatoires dont on entretient longuement la suppuration, des cautères, des sétons ou des moxas sur la poitrine, les frictions sèches sur toute l'étendue de la peau, les bains tièdes, s'ils n'augmentent l'oppression ni la toux, sont les moyens auxquels on a généralement recours pour remplir la troisième indication. Enfin, on nourrit le malade avec des fécules, du laitage, des légumes et des viandes blanches, et l'on proscrit le vin, le café, les liqueurs, les viandes noires, etc., en un mot, tous les excitans gastriques. La privation absolue des alimens devient même nécessaire, chaque fois que la maladie semble vouloir s'élever au degré de l'acuité. On joint à l'emploi de ces moyens principaux l'usage des mêmes boissons gom-

(1) Tom. Ier, pag. 171 et 172.

meuses et mucilagineuses que nous avons conseillées dans la pneumonite aiguë. Les purgatifs et les diurétiques, à titre de révulsifs, nous paraissent devoir être d'un bien faible secours dans cette affection.

Pneumonite intermittente.

Cette phlegmasie intermittente, dont on trouve plusieurs exemples dans les auteurs, et que M. Mongellaz a rassemblés dans son ouvrage (1), a été nommée par M. Alibert *fièvre pernicieuse péripneumonique*. Un pompier de la ville de Paris nous en a offert un exemple à l'Hôtel-Dieu, pendant l'automne de 1821 ; et ce fait, observé par plusieurs élèves en même temps que par nous, est surtout intéressant en ce que le cylindre nous a permis d'entendre, pendant l'accès, un râle crépitant des plus marqués à la partie inférieure et latérale un peu postérieure du poumon droit, et que pendant l'apyrexie ce symptôme était infiniment moins prononcé. Une saignée du bras fut pratiquée pendant le premier accès, parce qu'on ne soupçonnait pas le caractère intermittent de la phlegmasie. Le lendemain tout était calme, à l'exception d'un peu d'oppression et d'un très-léger râle. On prescrivit quelques sangsues vis-à-vis le point crépitant; l'intermission fut de vingt-quatre heures. Au second accès, un peu moins fort que le premier, on fit une nouvelle saignée ; le râle avait presque repris son intensité première. L'intermission fut complète et de même durée que la première. Un troisième accès eut lieu, après lequel on administra le sulfate de quinine qui prévint le quatrième. Le malade nous déclara en avoir eu deux à son quartier, et avoir rendu quelques crachats sanguinolens le premier jour. S'il était besoin de nouvelles preuves aujourd'hui, pour établir la possibilité de l'intermittence des phlegmasies des organes in-

(1) *Ouvrage cité*, tom. Ier, pag. 221 et suiv.

térieurs, ce fait en serait certainement une des plus convaincantes.

A cela près du frisson qui précède chaque accès, et de la sueur qui le suit, les symptômes de la pneumonite intermittente sont les mêmes que ceux de la pneumonite continue. Elle ne présente rien de particulier dans sa marche, sa durée, ses terminaisons et son traitement, et ne diffère en rien des autres phlegmasies intermittentes sous tous ces rapports.

Il ne faut pas confondre la pneumonite dont il est ici question avec celle qui est aussi produite par le frisson d'une autre irritation intermittente, et dont nous avons essayé d'expliquer le mode de formation en traitant des gastro-entérites de ce type.

De l'inflammation de la membrane muqueuse des voies digestives.

Cette membrane revêt toute la surface interne du long canal qui s'étend depuis la bouche jusqu'à l'anus, et dans l'intérieur duquel se passent les principaux phénomènes de la digestion. Des actes différens s'exécutent dans les divers points de son étendue : ainsi les piliers et le voile du palais concourent avec le pharynx à la déglutition; l'œsophage transmet le bol alimentaire à l'estomac; celui-ci convertit les alimens en chyme; dans le duodénum les sucs biliaire et pancréatique viennent se mêler à la pâte chymeuse et commencer sa conversion en chyle; l'absorption du chyle s'opère dans les longues circonvolutions de l'intestin grêle; enfin le résidu excrémentitiel est déposé, et séjourne jusqu'à son expulsion dans le cæcum et le colon. Tous ces actes vitaux concourent au même but, la digestion; les diverses parties que nous venons d'énumérer doivent donc être liées par des sympathies communes; mais chacune d'elles doit aussi pouvoir s'enflammer isolément, manifester sa souffrance par le trouble de sa fonction particulière, mettre en jeu des

sympathies en proportion de l'importance du rôle qu'elle remplit dans la fonction commune, enfin montrer les traces de son inflammation sur les cadavres : c'est en effet ce que les faits démontrent. Nous étudierons donc successivement : la *palatite*, la *pharyngite*, l'*œsophagite*, la *gastrite*, la *duodénite*, l'*entérite*, la *colite* et la *gastro-entérite*. Ces phlegmasies ont de commun, d'être souvent produites par les stimulations cutanées et principalement par la chaleur; d'accélérer facilement les contractions de l'organe central de la circulation; d'exciter la soif et de déterminer presque toujours la sécheresse de la peau.

De la palatite.

Nous appelons *palatite* l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse les piliers et le voile du palais et les amygdales, et qui est désignée par les auteurs sous la dénomination d'*angine gutturale*. Elle est aigue ou chronique, continue ou intermittente.

Causes. Cette phlegmasie attaque particulièrement les jeunes gens et les individus chez lesquels le système sanguin est très-développé; mais aucun âge, ni aucun tempérament n'en sont à l'abri. Elle règne souvent épidémiquement au printemps. Ses causes occasionelles les plus fréquentes sont : le froid humide, le refroidissement du corps lorsqu'il est en sueur, et en particulier celui des pieds, les changemens brusques de température et de l'état hygrométrique de l'air, l'accroissement subit et considérable de la chaleur atmosphérique, jointe surtout à une grande humidité. Elle peut être produite aussi par le contact immédiat d'un liquide glacé ou trop chaud, trop stimulant, caustique, ou tenant en dissolution une substance vénéneuse irritante; par des gaz irritans, enfin par le virus syphilitique.

Symptômes. On la reconnaît facilement à la rougeur et au gonflement de la membrane muqueuse du voile du palais et

de ses piliers, à la sécheresse, la douleur et la chaleur que le malade dit éprouver, au prolongement de la luette, qui, par le chatouillement qu'elle produit sur la base de la langue, provoque des mouvemens continuels de déglutition, souvent même des nausées, et quelquefois de la toux. A ces symptômes se joignent : la difficulté de la déglutition, surtout pour les corps liquides, et en particulier la salive, que tous les malades se plaignent de ne pouvoir pas avaler ; la voix nasonnée, le reflux des boissons par les fosses nasales, le mauvais goût de la bouche, l'enduit limoneux ou jaunâtre de la langue ; enfin, après les premiers jours, une sécrétion plus ou moins abondante de mucosités. Les amygdales sont ordinairement gonflées et souvent recouvertes d'une couche de mucus grisâtre, ou parsemées de concrétions blanchâtres sébacées. Il est très-rare que cette phlegmasie soit accompagnée de soif, de chaleur de la peau, et de fréquence du pouls; son invasion seulement est quelquefois accompagnée par ces symptômes, qu'un frisson avait eux-mêmes devancés, mais ils sont alors de courte durée et disparaissent sans retour au bout de quelques heures.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Rarement de longue durée, cette phlegmasie se termine presque toujours par résolution, soit spontanément, soit par le secours de l'art. Cependant il se forme quelquefois un petit abcès dans la luette ou le voile du palais; dans quelques cas rares d'intensité extrême, on voit la gangrène en être la suite; enfin, elle passe aussi quelquefois à l'état chronique. En général elle est peu grave par elle-même, et ne le devient que par sa complication avec la phlegmasie des organes digestifs ou respiratoires, ou, comme le disent encore quelques médecins, lorsqu'elle est *bilieuse*, *inflammatoire*, etc. Quelquefois elle est chronique dès le début; enfin on l'a observée sous forme intermittente. Nous ne la décrirons pas sous ces deux derniers états, ses symptômes sont alors les mêmes que ceux que nous venons de tracer, au degré et à l'intermittence près.

Caractères anatomiques. Soit par elle-même, soit par les phlegmasies qui l'accompagnent quelquefois, la palatite entraîne parfois la mort à sa suite. On ne trouve pas toujours alors les traces de son existence sur les cadavres, et la membrane muqueuse du voile et des piliers du palais, qui, dans les derniers instans de la vie, était du rouge le plus éclatant, se montre souvent pâle et décolorée après la mort. Mais lorsque les traces de cette inflammation persistent, elles consistent dans la rougeur, le gonflement, l'ulcération, la suppuration et la gangrène de la membrane, ou dans la présence d'une couche membraniforme grisâtre qui la revêt, lésions qu'il est d'ailleurs presque toujours possible d'apprécier pendant la vie.

Traitement. La palatite légère se dissipe ordinairement d'elle-même, ou à l'aide de moyens simples, tels qu'un bain de pied, un gargarisme fait avec la décoction d'orge, le miel rosat et le vinaigre, un cataplasme émollient ou seulement de la laine autour du cou; souvent même il suffit de l'un de ces trois moyens. Mais pour peu qu'elle soit intense, cette thérapeutique est insuffisante, il faut alors avoir recours à une médication plus énergique. Les émissions sanguines tiennent le premier rang parmi les moyens à employer alors; les sangsues particulièrement, depuis trois à quatre jusqu'à trente ou quarante, suivant l'âge et la force du malade et l'intensité de la phlegmasie, placées à la partie antérieure et latérale du cou, et répétées à de courts intervalles autant de fois que la persistance de l'inflammation le réclame, sont d'une efficacité qui est rarement en défaut. Il est avantageux, lorsque le sujet est pléthorique ou la phlegmasie très-intense, de débuter par une saignée générale, ou deux s'il y a lieu, du bras ou du pied. On aide l'action de ces moyens par une diète sévère pendant toute la période d'acuité; des cataplasmes émolliens sur la gorge, placés à nu sur les piqûres des sangsues pendant que le sang coule encore; l'usage de décoctions

émollientes et mucilagineuses, que le malade garde le plus de temps possible au fond de la bouche, comme bain local, et avec la précaution de ne pas s'en gargariser ; le silence absolu, la situation élevée de la tête, un air ni chaud ni froid, le soin d'éviter tous les efforts inutiles de déglutition et d'expuition, enfin des boissons adoucissantes, mucilagineuses, peu sucrées et tièdes.

Quand la période d'acuité est passée, on joint aux moyens précédens les pédiluves chauds et sinapisés ou les cataplasmes de moutarde et de vinaigre sur les coude-pieds, les lavemens purgatifs, les tisanes laxatives, telles que l'eau de casse, l'émétique en lavage, le petit-lait tamarindé, etc., les gargarismes acidulés, dont il est toujours prudent de ne faire usage que comme de bains locaux, et que l'on peut rendre astringens sur la fin de la maladie en les composant avec les décoctions de feuilles de ronces, d'écorce de grenade, auxquelles on ajoute le miel rosat, et même l'acide sulfurique, à la dose de cinq à six gouttes, s'il y a quelques couches membraniformes à détacher. Après l'expulsion de ces fausses membranes, la portion de muqueuse qu'elles recouvrent est quelquefois d'une exquise sensibilité; un gargarisme émollient, et rendu narcotique par l'addition de la décoction de tête de pavot, remédie promptement à cet état. Si l'on juge à propos de permettre des alimens, ils ne doivent être ni salés, ni épicés, ni trop consistans, mais doux et presque liquides; tous les fruits acidulés cuits conviennent parfaitement.

L'émétique a été employé avec succès au début des palatites même intenses; on le recommandait surtout dans celles qui étaient accompagnées des symptômes de l'*embarras gastrique*, *de l'angine bilieuse* des auteurs, et dans ces cas, en effet, il produisait de rapides guérisons. Long-temps nous avons hésité à suivre cette pratique, retenus par la crainte d'enflammer l'estomac, que nous croyions déjà trop irrité, et certains d'ailleurs de guérir tout aussi bien quoique plus lentement nos ma-

lades par les antiphlogistiques directs; mais enfin nous nous sommes décidés à l'employer, et nous en avons obtenu les résultats les plus avantageux. Nous avons donc dû chercher à nous expliquer ces faits, contradictoires en apparence aux principes dont nous sommes pénétrés, et voici ce que nous avons remarqué. Les prétendus symptômes bilieux, d'embarras ou d'irritation gastrique, sont des effets tout naturels de l'irritation locale : les nausées et les envies de vomir dépendent de l'irritation de la luette et de sa chute sur la base de la langue; le mauvais goût de la bouche est l'effet de l'irritation communiquée à toute la membrane muqueuse qui tapisse cette cavité par la portion palatine enflammée de cette même membrane; enfin l'enduit jaunâtre qui recouvre la langue est l'effet direct de cette même irritation, comme il en est le résultat indirect lorsque l'estomac est irrité. Et ce qui achève de prouver que tous ces symptômes sont locaux, c'est qu'ils ne sont accompagnés ni de soif, ni de douleur, ni de chaleur épigastriques, ni d'augmentation de la chaleur de la peau, ni enfin d'accélération du pouls, ce qui aurait inévitablement lieu si l'estomac était irrité. L'innocuité, les bons effets de l'émétique s'expliquent donc tout naturellement. Mais il faut bien prendre garde de ne pas commettre de méprises, il faut ne l'administrer que dans l'absence bien constatée des symptômes d'irritation gastrique que nous venons d'énumérer, s'en abstenir chez les sujets nerveux, irritables, maigres, et dans les cas douteux lui préférer les moyens antiphlogistiques dont aucun inconvénient sérieux ne peut suivre l'emploi.

C'est aussi aux moyens antiphlogistiques précédemment indiqués qu'il faut avoir recours (la diète exceptée) si la maladie est passée à l'état chronique ou a toujours existé sous cette forme; seulement on les proportionne à son peu d'intensité. Mais il est bon de se rappeler que, lorsqu'elle dure long-temps dans cette nuance et résiste aux moyens locaux et aux révulsifs appliqués sur la peau, elle est presque toujours sympa-

thique d'une irritation gastrique, et ne peut céder que lorsque celle-ci est détruite. Lorsque la palatite est intermittente, on peut la combattre, ou par les anti-phlogistiques pendant l'accès, ou par l'administration du quinquina dans l'intermittence.

Il arrive quelquefois qu'après plusieurs inflammations successives du voile du palais, ou lorsque cette phlegmasie se prolonge et passe à l'état chronique, la luette reste engorgée, elle touche sur la base de la langue et même descend dans la gorge, force à des mouvemens continuels de déglutition et provoque une toux fatigante. Si en portant sur elle des astringens par le moyen des gargarismes, ou sur l'extrémité d'une cuillère, on ne parvient pas à lui faire reprendre sa position et son volume naturels, il faut en faire l'excision.

La mobilité de cette partie et la facilité avec laquelle elle fuit au-devant de l'instrument tranchant, ont fait imaginer un assez grand nombre d'instrumens qu'on a crus propres à faciliter cette opération : tous sont inutiles, le procédé suivant est le seul qu'on mette maintenant en usage. La bouche étant largement ouverte, le chirurgien saisit avec une pince à anneaux, et mieux avec une petite pince droite à polype, l'extrémité flottante de la luette, et la fixe, tandis qu'avec des ciseaux droits ou courbes sur leur plat, bien affilés, tenus de la main droite, et dirigés horizontalement un peu de droite à gauche, il la retranche d'un seul coup le plus près possible de sa base. Il n'y a point d'hémorrhagie à craindre, et il est inutile de dire qu'il n'est besoin d'aucun pansement.

De la pharyngite.

Il n'est pas très-fréquent de rencontrer dans la pratique l'inflammation bornée à la membrane muqueuse du pharynx; elle s'étend presque toujours aux parties plus ou moins voisines; cependant on l'observe quelquefois, et les auteurs ont décrit

cette phlegmasie circonscrite sous les noms d'*angine pharyngienne*. Ce sera pour nous la *pharyngite*.

Causes. Elles sont absolument les mêmes que celles de l'affection précédente ; seulement la pharyngite *chronique* est, plus souvent encore que la palatite, sympathique de l'irritation chronique de l'estomac, et plus fréquemment aussi produite par le virus syphilitique.

Symptômes. Au siége près, ils diffèrent à peine des précédens. En examinant le fond de la gorge au grand jour, on voit la membrane muqueuse du pharynx rouge, luisante, sèche, et souvent parsemée de petites plaques arrondies, grisâtres, qui ne sont autre chose que du mucus épaissi et très-collant, qu'un examen superficiel pourrait faire confondre avec des ulcères syphilitiques. La voix n'est pas changée comme dans la palatite, ou bien elle l'est très-peu ; la déglutition est moins difficile, mais plus douloureuse ; enfin, il y a presque toujours une toux gutturale avec expuition difficile et douloureuse ; le malade se plaint que cette toux et les efforts pour cracher, qu'elle provoque, lui râclent, lui déchirent le fond du gosier.

La pharyngite très-violente s'accompagne quelquefois de l'horreur des liquides, et parfois d'une constriction spasmodique insurmontable du pharynx lorsqu'un liquide vient à le toucher.

Marche, durée, terminaisons et *pronostic*. Ordinairement moins grave que la palatite, on voit plus rarement encore la pharyngite se terminer par ulcération et surtout par gangrène, la résolution s'en obtient presque constamment en quelques jours. Tout ce que nous avons dit, au reste, de celle-là lui est applicable, jusqu'aux lésions cadavériques, qui, au siége près, sont les mêmes.

Traitement. Nous renvoyons également pour les règles du traitement à celles que nous avons posées pour la palatite.

De la palato-pharyngite.

On observe bien plus communément les deux inflammations que nous venons de décrire, réunies que séparées; mais il est si facile de se faire une idée de cette complication d'après tout ce qui précède, que nous ne lui aurions pas consacré d'article séparé, si nous ne devions appeler l'attention des lecteurs sur une variété de cette phlegmasie, décrite dans ces derniers temps par MM. Bretonneau et Guersent, sous les noms d'*angine couenneuse* ou *pseudomembraneuse*, et *angine pultacée* ou *caséiforme* (1). Cette affection est de même nature que celle que nous avons déjà décrite sous le nom de *croup*, puisqu'elle consiste comme elle dans une inflammation avec production de fausses membranes. Mais il ne faut pas en conclure avec M. Bretonneau (2) qu'on doive les confondre dans une même étude; car ce n'est pas la nature des désordres qui constitue les espèces en pathologie, mais bien le siége de ces altérations. La pharyngite et la laryngite couënneuses peuvent exister isolées, des faits nombreux le prouvent; elles occupent des organes différens, elles troublent des fonctions différentes, elles s'annoncent toutes deux par des symptômes particuliers, ce sont donc deux maladies distinctes. Si l'opinion contraire pouvait prévaloir, il faudrait cesser aussi d'étudier séparément la *gastrite*, la *duodénite*, l'*entérite* et la *colite*; ces phlegmasies étant de même nature et pouvant exister simultanément sur un même individu.

Causes. Ce sont encore à peu près les mêmes causes que nous avons reconnues aux phlegmasies précédentes qui développent celle-ci. On l'observe dans tous les pays, sous toutes les latitudes et dans toutes les saisons, mais plus particulière-

(1) *Dictionnaire de Médecine*, tom. II, pag. 379 et suiv.

(2) *Des Inflammations spéciales du tissu muqueux et en particulier de la diphthérite ou inflammation pelliculaire*, etc., in-8°. Paris, 1826.

ment cependant dans les pays du nord, humides et voisins de la mer, dans les climats tempérés et au printemps. Les enfans, surtout jusqu'au terme de la troisième dentition, sont plus exposés à la contracter; mais néanmoins elle attaque quelquefois les adultes, et plus rarement les individus avancés en âge. On voit quelquefois apparaître cette maladie comme par petits groupes, soit dans les familles ou des pensionnats, et y moissonner plusieurs enfans, sans se répandre au-delà. Dans d'autres cas, au contraire, elle dissémine ses ravages sur une assez grande étendue de pays, à la manière des autres épidémies meurtrières. Enfin, quelques faits tendent à faire croire qu'elle peut être contagieuse.

Symptômes, marche, durée et *terminaisons*. Le début est ordinairement insidieux et ne fait pas présumer une phlegmasie; mais bientôt le malade se plaint de torticolis, de chaleur et de douleur dans la gorge; le cou est ordinairement gonflé, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont engorgés, les yeux larmoyans, la face bouffie; quelquefois il y a de la fièvre et des vomissemens; la base de la langue, le voile du palais, la luette, qui est ordinairement gonflée et pendante, sont d'un rouge peu intense et d'un rose pâle, ou d'un rouge très-vif, s'il existe en même temps *rougeole* et *scarlatine*. (Voyez ces mots.) Plus ou moins rapidement, il apparaît sur les amygdales, le voile du palais et le pharynx, successivement ou à la fois, des plaques irrégulières d'un blanc jaunâtre et d'un aspect lardacé, qui s'étendent, se réunissent, se confondent et envahissent quelquefois tout le pharynx, les fosses nasales, le larynx et la trachée-artère. Alors la déglutition devient souvent difficile sans être douloureuse; les liquides sont rejetés par les narines; les malades nasillent, toussent, surtout quand ils boivent, et dans beaucoup de cas, tous les symptômes de la *laryngite* accompagnent ceux que nous venons d'indiquer; il découle parfois du nez un liquide jaunâtre ou sanguinolent, qui a une odeur nauséeuse et presque spermatique; les gencives et les

lèvres sont souvent saignantes, et la bouche exhale, chez la plupart des adultes, une odeur infecte, analogue à celle de la carie des dents; on ne remarque pas en général la même odeur chez les jeunes enfans. Le malade est tantôt agité et tourmenté par les angoisses de la suffocation, tantôt il est accablé et dans un état de somnolence dont il ne sort que par les secousses de la toux, qui provoquent quelquefois des épistaxis.

Les malades succombent le plus souvent du troisième au septième jour, mais jamais avec du délire, à moins d'une complication avec une phlegmasie encéphalique, ce qui paraît très-rare. Lorsque la maladie prend une tournure favorable, toutes les parties du pharynx s'humectent et sont abreuvées d'abord par un mucus écumeux et limpide, et une salive quelquefois sanguinolente. Cette excrétion prend ensuite le caractère d'une expectoration catarrhale. Le cercle rouge qui environne les plaques augmente d'étendue, et tantôt ces plaques s'exfolient, se détachent en lambeaux, et sont rejetées par le vomissement ou dans des quintes de toux; tantôt, au contraire, les plaques couenneuses adhèrent intimement à la membrane muqueuse, et semblent usées et résorbées par degrés, de sorte qu'elles passent de la couleur lardacée au blanc clair, et deviennent ensuite transparentes au point qu'on aperçoit au-dessous d'elles la membrane muqueuse comme à travers une gaze; enfin elles disparaissent complètement sans offrir d'exfoliation remarquable. Pendant le travail de l'exfoliation ou de la résorption de la fausse membrane, toutes les parties visibles à l'œil ont repris une couleur rose un peu plus vive que celle que l'on observe au début de la maladie. Cette teinte disparaît ensuite peu à peu, et la membrane muqueuse revient à son état naturel; mais souvent après la guérison, la luette et les amygdales sont diminuées de volume, et comme rétractées sur elles-mêmes (1).

(1) *Dictionnaire et ouvrage cités.*

Ces symptômes varient suivant que l'affection est bornée au pharynx, qu'elle occupe le pharynx, le larynx et la trachée tout à la fois, et que les symptômes inflammatoires sont intenses ou peu prononcés. M. Guersent a fait de ces différences autant de variétés de la maladie, sous les noms d'*angine couenneuse pharyngienne*, et *angine pharyngienne couenneuse et laryngo-trachéale*, qu'il partage en *sthénique* et en *asthéniques*. Enfin, ce médecin a décrit sous le nom d'*angine pultacée* ou *caséiforme*, la palato-pharyngite avec concrétion du mucus sous forme de suif ou de fromage. Nous regardons ces distinctions comme peu fondées, surtout celle qui attribue quelques-unes de ces affections à la force, et les autres à la faiblesse. La nature de la maladie nous paraît être la même dans les deux cas; ce sont les individus qui diffèrent : chez les uns, la réaction peut s'opérer, chez les autres elle ne le peut pas; mais il répugne à la raison et à la physiologie, d'admettre que des fausses membranes semblables, qu'un même travail morbide, soient ici le résultat d'une augmentation de l'action vitale, et là d'une diminution de cette même action.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Le pronostic de cette affection est toujours assez grave; il l'est d'autant plus que l'inflammation occupe plus de parties, qu'elle est plus intense, et que le malade offre moins de résistance vitale, *et vice versâ*. Chez les enfans d'une extrême débilité, l'issue est presque toujours funeste. Nous avons déjà dit que la terminaison heureuse se faisait, ou par le décollement et l'expulsion des fausses membranes, ou par leur résorption.

Caractères anatomiques. A l'ouverture des cadavres, on trouve la fausse membrane disposée par plaques ou en nappes, et s'étendant sur le pharynx, le voile du palais et les amygdales. Quelquefois elle recouvre l'épiglotte et les lèvres de la glotte; elle s'avance même, dans quelques cas, dans le larynx, la trachée-artère, et même jusque dans les divisions des bronches. On l'a vue remonter derrière le voile du palais jusque

dans les fosses nasales, et même dans les sinus frontaux, d'autres fois descendre dans l'œsophage, s'interrompre au milieu de ce conduit pour reparaître vers le cardia et occuper une partie de l'estomac. Au-dessous de cette concrétion, la membrane muqueuse n'est ni excoriée ni ulcérée; dans quelques cas, très-rares, elle est érodée sur quelques parties du pharynx. La base de la langue est marbrée de rouge et de violet, les cryptes muqueuses y sont très-développées et souvent rougeâtres; le voile du palais, la luette, les amygdales et les parties latérales du pharynx sont ordinairement d'un rouge violet; tout le tissu est gorgé de sang noir. En un mot, on ne rencontre nulle part de traces de gangrène, et partout celles de l'inflammation. C'est donc par erreur que l'on a regardé cette phlegmasie comme gangréneuse, et que tant d'auteurs l'ont décrite sous le nom d'*angine gangréneuse*.

Traitement. Il repose sur deux données principales : détruire l'inflammation, et provoquer l'expulsion des fausses membranes. Pour remplir la première indication, aucun moyen n'est préférable aux émissions sanguines. Les saignées générales sont rarement nécessaires, excepté au début, chez les enfans pléthoriques, les adultes, ou dans le cas de complication de pneumonie ou toute autre inflammation d'un parenchyme. Mais les saignées locales sur les parties antérieures et latérales du cou, renouvelées autant de fois que l'exigent la violence et la ténacité de l'inflammation, sont beaucoup plus efficaces. L'émétique, le polygala, l'ipécacuanha en poudre ou sous forme de sirop, sont les moyens de remplir la seconde indication, celle d'expulser les fausses membranes. Enfin, quand la période d'acuité est passée, on peut recourir avec avantage, dans l'intention de produire des révulsions, au calomélas ou proto-chlorure de mercure, depuis cinq à six grains jusqu'à demi-gros et plus dans les vingt-quatre heures, aux pédiluves sinapisés, aux sinapismes et aux vésicatoires. Nous conseillons de n'avoir recours au musc, à l'assa-fœtida et autres

anti-spasmodiques, chez les sujets nerveux, que dans les cas désespérés; ils devront être toutefois préférés aux révulsifs chez les individus très-irritables. Dans un cas extrêmement grave d'angine couenneuse, contre laquelle nous avions vainement employé les sangsues au cou, les gargarismes contenant du sulfate d'alumine à haute dose, et ceux d'acide hydro-chlorique très-étendu, les purgatifs et les topiques irritans sur les extrémités inférieures, nous avons eu recours avec le plus grand succès, d'après le conseil de M. Dupuytren, au chlorure d'oxide de sodium de Labarraque dans un gargarisme. Un se-second exemple de cette maladie s'étant présenté peu de temps après à notre observation, nous avons employé le même médicament avec la même efficacité. La rapidité des bons effets dans les deux cas, nous fait penser que le chlorure d'oxide de sodium sera des plus utiles dans cette grave affection.

M. Guersent proscrit la méthode antiphlogistique du traitement de la variété qu'il nomme *asthénique*, et que nous avons dit être la même maladie, sur des sujets extrêmement faibles. Sans doute, on doit s'abstenir des émissions sanguines lorsque le malade est un enfant presque sans pouls et sans voix; mais il nous semble qu'on doit proscrire avec la même sévérité ces moyens locaux irritans que M. Guersent conseille, tels que le miel rosat dans lequel on ajoute un cinquième à un tiers d'acide hydro-chlorique concentré; les vapeurs éthérées, ammoniacales et les fumigations guytoniennes, moyens que nous croyons plus propres à augmenter l'irritation qu'à la détruire. Les vapeurs d'ammoniaque et de chlore surtout nous paraissent des plus dangereuses; elles peuvent provoquer le développement de la maladie dans le larynx si elle n'y existe pas encore, car on sait que c'est précisément une des propriétés de ces gaz, de produire des laryngites avec formation d'une fausse membrane. Le premier de ces moyens, avec des doses moindres d'acide, peut seul convenir dans les cas où l'affection est très-bornée. Mais nous emploierions de préférence les cataplasmes de mou-

tarde ou les vésicatoires autour du cou, entre les deux épaules, aux pieds; les frictions irritantes sur la peau, les vomitifs dans quelques cas, le calomélas et les lavemens stimulans, même de quinquina camphré, si les voies digestives n'étaient pas irritées. Cette médication est aussi conseillée par M. Guersent.

De l'œsophagite.

L'inflammation de la membrane muqueuse de l'œsophage est très-rare. Presque toujours elle est accidentelle, et produite par la déglutition des liquides trop chauds, irritans ou caustiques, et surtout par des corps aigus, tels qu'une arête ou une esquille d'os qui s'arrêtent dans ce conduit ou le déchirent en passant; rarement elle est spontanée. Les signes qui la font reconnaître sont peu nombreux; ils se bornent à une douleur sur un point de ce canal, ordinairement ressentie entre les deux épaules, et à la difficulté de la déglutition : la douleur est toujours augmentée par le passage du bol alimentaire; souvent même elle ne se fait sentir que dans ce moment. Dans un cas d'œsophagite, que nous avons eu tout récemment occasion d'observer, la pression exercée immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde, et dans ce point seulement, déterminait la sensation d'un corps qui remontait jusqu'à la gorge, et celle d'une douleur sourde étendue, comme une corde, de l'un de ces points à l'autre. La douleur était surtout marquée au côté gauche du larynx, entre les deux épaules et sous l'appendice xiphoïde. Les liquides les plus doux et les alimens les plus légers étaient arrêtés comme par un nœud, suivant l'expression de la malade. Il n'y avait ni soif, ni perte d'appétit, ni chaleur de la peau, ni fréquence du pouls. Une application de sangsues soulagea d'abord, et un bain fit ensuite presque tout disparaître.

Cette affection est peu grave, excepté lorsqu'elle est produite par un corps étranger qui déchire la membrane mu-

queuse, perce et traverse les parois de l'œsophage et pénètre dans la poitrine. Elle peut devenir grave aussi par son extension à la membrane muqueuse de l'estomac; encore, dans ces deux cas, n'est-ce pas elle qui fait le danger. Cette phlegmasie peut exister à l'état chronique, déterminer, par sa durée, l'épaississement des parois de l'œsophage, et par conséquent le rétrécissement de son canal, l'ulcération et la rupture de ce conduit, comme Boerhaave en rapporte un exemple; elle peut enfin produire la dégénérescence lardacée et cancéreuse. Dans ce dernier cas, la douleur est lancinante, le canal est rétréci au point qu'une sonde du plus petit calibre peut à peine pénétrer, la déglutition finit par devenir impossible, ou, si elle a encore lieu, les alimens sont rejetés presque immédiatement après leur arrivée dans l'estomac, qui participe alors à la phlegmasie; enfin il s'y joint de la dyspnée. Le traitement de cette phlegmasie consiste dans l'emploi des boissons douces, mucilagineuses et tièdes, qui souvent suffisent seules pour la guérir, et les applications de sangsues sur les parties latérales du cou, lorsqu'elle est intense et qu'elle occupe les parties supérieures du conduit œsophagien, sur les parties latérales de la colonne vertébrale; et à la hauteur du point douloureux, lorsqu'elle est plus profonde.

De la gastrite.

Nous partagerons en trois sections l'histoire de cette phlegmasie. La première traitera de la *gastrite aiguë continue;* la seconde, de la *gastrite chronique continue;* et la troisième de la *gastrite intermittente aiguë* et *chronique.*

Gastrite aiguë continue.

L'inflammation aiguë de la membrane muqueuse de l'estomac est presque toujours accompagnée de celle de l'intestin

grêle; cependant on l'observe quelquefois isolée; elle a été décrite sous les noms de *cardialgie*, *passion cardiaque*, *causus*, *gastrite*, etc.; nous lui conserverons cette dernière dénomination.

Causes. Une sensibilité plus grande de la membrane muqueuse de l'estomac la dispose certainement à s'enflammer; mais il est de fait que tous les âges, tous les tempéramens, et les deux sexes, sont à peu près également disposés à contracter cette inflammation; elle se développe ordinairement sous l'influence de la chaleur excessive, et de l'administration des médicamens trop stimulans, tels que l'émétique, lorsque l'estomac est trop irritable ou déjà irrité, ou après un accès de colère (Hoffmann). Les boissons glacées prises dans cette même circonstance ou quand le corps est en sueur; toutes les stimulations violentes de cet organe, en même temps qu'on cherche à faire disparaître par les répercussifs, les narcotiques ou les astringens, une inflammation extérieure, comme la goutte, une dartre vive, ou érysipèle, etc., les excès de liqueurs alcooliques, les poisons âcres, caustiques, narcotico-âcres, les alimens ayant subi un commencement de fermentation putride, les œufs de certains poissons, tels que ceux du brochet et du barbeau, les moules à quelques époques de l'année, la présence de corps étrangers, tels que des pièces de monnaie, etc.; les miasmes très-actifs, la privation prolongée d'eau et de tout liquide propre à étancher la soif pendant une chaleur extrême, la faim non satisfaite pendant plusieurs jours, les passions violentes et concentrées; enfin, les fortes compressions, les coups et les chutes sur la région épigastrique.

Symptômes. Ils diffèrent suivant que la gastrite est légère ou intense. Dans le premier cas, l'appétit est ou augmenté, ou diminué, ou dans l'état naturel; mais toujours, deux ou trois heures après l'ingestion des alimens, un poids se fait sentir à la région épigastrique, de la tension l'accompagne et quelquefois même de la douleur; la soif se déclare, la gorge se

sèche, des rapports aigres avec rejet d'un liquide huileux brûlent le gosier, la langue rougit à sa pointe, quelques nausées ont lieu, la tète est quelquefois embarrassée ou douloureuse, quelques individus éprouvent un sentiment d'ivresse, et même de véritable congestion cérébrale avec battement des artères temporales, le pouls est un peu accéléré ; enfin, une chaleur incommode, plus sensible au ventre, à la tète et à la paume des mains que partout ailleurs, fatigue le malade, et il éprouve des lassitudes dans les membres. Passagers, ces symptômes sont ceux d'une indigestion; continus, ils indiquent un premier degré de la gastrite. Ainsi, perte ou augmentation d'appétit, pesanteur, tension ou douleur épigastrique, soif inaccoutumée, sécheresse de la gorge, rapports aigres, rougeur de la pointe de la langue, nausées, céphalalgie, fréquence du pouls, chaleur sèche de l'abdomen, du front et de la paume des mains, et lassitudes spontanées, tels sont les symptômes directs et sympathiques d'une inflammation légère de la membrane muqueuse de l'estomac.

Ou bien les symptômes que nous venons d'énumérer s'aggravent jusqu'au degré de la gastrite très-aiguë, ou bien cette phlegmasie débute brusquement, et dans les deux cas, voici quels sont les symptômes, à cette seule différence près que dans celle qui débute tout-à-coup, un frisson plus ou moins long ouvre la scène. L'appétit est entièrement aboli, la soif est au contraire excessive, mais le malade ne peut souvent ingérer la plus petite quantité de liquide sans le rejeter par le vomissement ; il désire les boissons froides et acidules ; il n'y a pas toujours douleur à l'épigastre, mais elle existe souvent, et quelquefois elle est intolérable ; elle se fait ressentir aussi ailleurs qu'à l'épigastre, sous le diaphragme, derrière le sternum, entre les épaules, dans l'hypocondre droit ou gauche ; et, dans ces deux derniers cas, elle s'étend souvent à l'épaule et au bras du même côté ; le plus ordinairement elle consiste dans un sentiment de brûlure intérieure ; quelquefois l'abaissement du

diaphragme dans les mouvemens d'inspiration l'augmente, ce qui gêne beaucoup la respiration. La gorge est sèche et quelquefois enflammée; les vomissemens sont fréquens, souvent continus et douloureux, et toujours suivis de soulagement; ils ne contiennent souvent que les liquides ingérés, un peu de bile, et quelques stries sanguinolentes; d'autres fois ils contiennent beaucoup de bile verte, porracée et âcre; la langue est rouge, pointue et rétractée, la tête douloureuse (ce symptôme n'est pas constant); il y a quelquefois hoquet, aphonie, ou délire, soubresauts des tendons, mouvemens irréguliers des muscles de la face et convulsions. Le pouls est d'une fréquence et d'une petitesse extrêmes, quelquefois inégal, convulsif, intermittent; dans quelques cas, il est lent, comme si la douleur enchaînait les contractions du cœur; la chaleur est brûlante et générale, quoique plus vive à l'abdomen; quelquefois elle est toute concentrée vers cette partie, et les extrémités sont froides; le malade se découvre continuellement pour apaiser le feu qui le dévore; il est dans une anxiété extrême, une agitation continuelle, et se couche sur le ventre; enfin, la sueur et les urines sont supprimées, ou si cette dernière excrétion a lieu, ce n'est qu'en très-petite quantité, quelquefois avec cuisson, et l'urine est rouge et concentrée.

Entre ces deux degrés extrêmes de la gastrite aiguë, il existe une foule de nuances qu'il est impossible de décrire, mais dont il est facile de se faire une idée. Tout ce que nous pouvons dire ici, c'est que chez les enfans, la gastrite la plus légère, celle même qui n'est produite que par une simple indigestion, s'accompagne fréquemment de phénomènes cérébraux, qui lui donnent une apparence de gravité propre à induire en erreur. Ainsi, l'assoupissement, le coma, la contraction et la dilatation alternatives des pupilles, le renversement du globe de l'œil, le grincement des dents, le serrement des mâchoires, les mouvemens convulsifs et le délire, se manifestent souvent chez eux, à l'occasion de l'irritation même légère de l'estomac. Chez les

femmes, le délire, les soubresauts des tendons, et les mouvemens convulsifs se joignent aux symptômes directs de la gastrite, bien plus facilement que chez les hommes. Enfin, chez les vieillards au contraire, une inflammation violente dévore quelquefois la membrane muqueuse de l'estomac, sans qu'en raison du petit nombre et du peu de vivacité des sympathies mises en jeu, on puisse en soupçonner l'intensite et quelquefois même l'existence. Ces différences se représentent chez les divers individus, suivant que leurs tempéramens et leurs idiosyncrasies les rapprochent de l'enfance ou de la vieillesse, de l'un ou de l'autre sexe ; elles s'expliquent par l'activité dont l'encéphale est le foyer dans l'enfance, la vivacité des sympathies à cet âge et chez les femmes, l'irritabilité extrême des uns et des autres; enfin, par l'absence de toutes ces conditions chez les vieillards. On sent de quelle importance doit être la connaissance de ces particularités, pour le diagnostic et le pronostic de la gastrite.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Pour peu que la gastrite se prolonge, elle ne tarde pas à envahir le tube intestinal, du moins dans le plus grand nombre de cas. Nous verrons quels symptômes elle revêt alors quand nous traiterons de la *gastro-entérite*. Le danger de la gastrite est proportionné à son intensité; elle peut être mortelle en quelques heures, surtout lorsqu'elle est produite par les poisons ; elle peut ne le devenir qu'au bout de quinze à vingt jours. Elle se termine par résolution, par ulcération, par le passage à l'état chronique, quelquefois par la gangrène, par la perforation des membranes de l'estomac et par la mort. On ne l'a jamais observée épidémique. Elle est toujours plus difficile à guérir lorsqu'elle succède à la gastrite chronique que lorsqu'elle est primitive.

Caractères anatomiques. On trouve à l'ouverture des cadavres des individus qui succombent à la gastrite aiguë, la membrane muqueuse de l'estomac diversement altérée, suivant que l'inflammation a été plus ou moins rapide et plus ou

moins intense. Ordinairement elle est rouge et épaissie, et ses vaisseaux sont considérablement injectés ; cette coloration varie, en parcourant toutes les nuances entre le rose vif et le brun violacé, et elle pénètre plus ou moins profondément l'épaisseur de la membrane qui est en même temps ramollie. Le volume de l'estomac est quelquefois diminué au point que cet organe rétracté sur lui-même ne forme plus qu'une poche dont la capacité diffère à peine de celle de l'intestin. La membrane muqueuse est quelquefois convertie en une sorte de bouillie gélatiniforme qu'on enlève facilement en raclant, et qui laisse, dans une étendue plus ou moins grande, les parois de l'estomac réduites à un état d'amincissement extrême. Dans quelques cas rares, les tuniques de cet organe, dans une surface plus ou moins étendue, vont en diminuant graduellement d'épaisseur et comme par une sorte d'usure, de la circonférence au centre où elles sont excessivement minces ou perforées. Cette altération appartient, il est vrai, plutôt à la gastrite chronique qu'à l'aiguë ; dans celle-ci, lorsqu'il y a perforation, il est plus ordinaire de voir les membranes percées à pic et comme par un emporte-pièce. Les ulcérations de la membrane muqueuse gastrique sont assez rares; sa gangrène l'est encore davantage.

Traitement. Dans les nuances légères de la gastrite, il suffit ordinairement de quelques jours de diète et de l'usage des boissons gommeuses, mucilagineuses ou acidules pour la dissiper. Lorsqu'elle est plus aiguë, il faut joindre à ces mêmes moyens, les saignées locales à l'épigastre et les topiques émolliens sur cette même région. C'est l'habitude clinique qui apprend à proportionner le nombre des sangsues et des applications qu'on en doit faire, à l'intensité de la phlegmasie, à la force, au tempérament et à l'âge du malade. Dans les cas d'extrême intensité, il est souvent utile d'accompagner ou de faire précéder les saignées locales par une ou deux saignées générales ; les boissons doivent être administrées froides et

même glacées, à très-petites doses, par cuillerées très rapprochées si elles sont à la glace, afin d'éviter de donner à la réaction qui suit toujours leur effet sédatif, le temps de s'opérer. Si l'estomac ne peut pas même les garder en si petite quantité, il faut se borner à donner au malade quelques tranches de citron ou d'orange à sucer pour tromper sa soif. On peut en même temps appliquer de la glace sur la région de l'estomac. Une remarque importante, c'est que, dans ces gastrites excessives où la douleur semble enchaîner le pouls, on voit ordinairement, après la première application de sangsues, l'artère monter rapidement de soixante à quatre-vingts, cent, cent vingt, et cent trente pulsations à la minute. Bien loin d'indiquer un accroissement de symptômes, ce phénomène annonce une légère diminution, mais en même temps la nécessité de revenir et d'insister sur les saignées locales. Nous ferons remarquer encore que plusieurs individus ne peuvent pas supporter les acides : les personnes blondes et les femmes sont en général dans ce cas; on remplace alors ces boissons par les décoctions très-légères d'orge, de mauve, de chiendent, les solutions gommeuses ou d'albumine, et même l'eau pure, si ces liquides surchargent encore trop l'estomac.

Lorsque la gastrite est l'effet d'un empoisonnement, le médecin doit chercher à s'assurer qu'elle est la nature du poison ingéré, et s'il l'apprend, et que peu de temps se soit écoulé depuis son ingestion, il devra administrer sur-le-champ le contre-poison, par la voie de l'estomac et du gros intestin. Ainsi, contre les sels mercuriels et cuivreux, on donnera de grandes quantités de dissolution d'albumine; contre les sels d'étain, du lait étendu d'eau; contre les préparations antimoniales solubles, l'infusion légère de noix de galle ou la décoction de quinquina; contre les sels de plomb et de baryte, la dissolution très-étendue du sulfate de magnésie ou de soude; contre le nitrate d'argent, la dissolution très-étendue de sel commun; contre tous les acides concentrés, la dissolution très-

étendue de magnésie; enfin contre tous les alcalis concentrés, les boissons légèrement acidulées (1). Tous ces liquides doivent être administrés promptement et en grande quantité. Mais si la nature de la substance vénéneuse ne peut pas être connue sur-le-champ, il faut se hâter d'en procurer l'expulsion par l'eau tiède ou froide, simple ou sucrée, à hautes doses pour dissoudre en même temps le poison; par le chatouillement de la luette avec la barbe d'une plume; enfin par l'émétique dans le seul cas d'empoisonnement récent par les moules et les poissons. Ces moyens doivent être employés alors même qu'on a recours aux contre-poisons que nous avons indiqués. Si un resserrement convulsif des mâchoires ou une constriction spasmodique de la gorge s'opposait à l'ingestion de ces liquides et au rejet de la substance vénéneuse, il faudrait les porter dans l'estomac à l'aide d'une sonde de gomme élastique, et les retirer par le moyen d'une seringue. Que si l'obstacle dépendait de l'inflammation du pharynx et de l'œsophage, les saignées locales seraient le meilleur remède à opposer. Après l'emploi de ces moyens, il ne reste plus qu'à combattre l'inflammation gastrique par les applications répétées de sangsues, les boissons délayantes, les fomentations et les lavemens émolliens et la diète. Cette dernière partie du traitement est la seule qu'on puisse mettre en pratique, si l'empoisonnement date déjà de deux ou trois jours, à moins cependant qu'il n'y ait eu ni selles, ni vomissemens, car alors quelques portions de substance vénéneuse non absorbée pouvant se trouver encore dans les voies digestives, il importe d'en tenter la neutralisation, la dissolution et l'expulsion, par les procédés indiqués ci-dessus.

Quant au traitement de la gastrite produite par les poisons irritans dont on ne connaît pas les contre-poisons, tels que les composés d'arsenic, d'or, de bismuth, de zinc, le nitrate de

(1) Orfila, *Dictionnaire de Médecine*, tom. VII, article *Empoisonnement*.

potasse, le sel ammoniac, le foie de soufre, les cantharides, les végétaux et les principes immédiats des végétaux âcres, il ne se compose que des boissons non émétisées propres à favoriser le vomissement, et des antiphlogistiques destinés à combattre l'inflammation que ces agens ont développée. Dans l'empoisonnement par l'*oxide d'arsenic*, on se sert avec avantage d'une boisson préparée avec deux tiers d'eau sucrée et un tiers d'*eau de chaux;* dans la gastrite occasionée par des morceaux de verre ou d'émail, M. Orfila conseille d'ingérer des pommes de terre, des haricots, du chou, etc., qui remplissent l'estomac et enveloppent la substance irritante, puis d'administrer quelques grains d'émétique pour en obtenir le rejet, après quoi on combat les accidens inflammatoires ainsi qu'il a été dit précédemment. Dans les gastrites produites par les poisons narcotiques et narcotico-âcres, on prescrit d'abord les vomitifs, et les purgatifs si l'on pense que des portions de la substance vénéneuse aient passé dans les intestins, puis les antiphlogistiques. Le vinaigre et les autres acides végétaux ne sont utiles dans l'empoisonnement par les narcotiques qu'après l'expulsion de ces substances, mais alors il sont d'une grande utilité, et l'on doit administrer toutes les cinq minutes, et alternativement, une tasse d'eau vinaigrée ou acidulée avec le suc de citron ou l'acide tartarique, et une tasse d'infusion de café, jusqu'à ce que le malade soit hors de danger. Ajoutons que, comme l'effet des poisons narcotiques ne se borne pas à l'estomac, mais qu'il s'étend jusqu'à l'encéphale, il est nécessaire de combattre les accidens inflammatoires dans les deux siéges. Dans les gastrites produites par l'ingestion de la noix vomique, du camphre, de la coque du Levant, de l'upastieuté, de la fève de saint-Ignace, de la strychnine, etc., il faut donner un vomitif dont on favorise l'action en chatouillant le gosier. Mais comme les principaux accidens, ceux qui font tout le danger, ont leur source dans d'autres lésions que l'inflammation des voies gastriques, des moyens spéciaux deviennent

ici nécessaires; nous les indiquerons ici afin de n'y pas revenir: ainsi on insuffle de l'air dans les poumons pour s'opposer à l'asphyxie, qui est la principale cause de la mort, et l'on administre toutes les dix minutes quelques cuillerées d'une potion préparée avec deux onces d'eau, deux gros d'éther, deux gros d'huile de térébenthine et une demi-once de sucre (1).

Gastrite chronique continue.

Causes. La gastrite chronique succède souvent à la gastrite aiguë, mais plus fréquemment encore elle se développe primitivement sous cette forme par l'action des mêmes causes que nous avons énumérées précédemment, mais agissant avec moins d'énergie, d'une manière continue et pour ainsi dire chronique. Elle est très-rare dans l'enfance et attaque peu les vieillards; ce sont surtout les individus depuis l'âge de vingt ans à peu près jusqu'à celui de cinquante qu'elle tourmente, sans doute parce que c'est dans cette belle portion de la vie qu'on abuse le plus des stimulans gastriques. Tous les âges y sont cependant exposés, mais certains individus plus que les autres; ce sont ceux dont l'estomac est déjà naturellement irritable.

Les plus fréquentes, les plus efficaces parmi les causes de la gastrite chronique, sont les excès de table, l'usage habituel des alimens de haut goût, poivrés, épicés, des viandes noires, des liqueurs spiritueuses surtout à jeun, des vins très-chargés d'alcool, l'abus du café et des médicamens amers et stimulans. L'action de ces causes est favorisée par la chaleur, l'oisiveté, les passions tristes et lentes, les travaux de cabinet et les veilles excessives, l'habitation dans un lieu humide, marécageux, les pressions répétées sur la région épigastrique, les phlegmasies chroniques de la peau, surtout lorsqu'elles viennent à dispa-

(1) Orfila, *Dictionnaire et article cités.*

raître brusquement. Ces dernières causes peuvent également produire seules la gastrite chronique.

Symptômes. Ils varient suivant le degré d'intensité de la phlegmasie, son ancienneté, son siège dans les diverses portions de la membrane muqueuse gastrique, le degré de la désorganisation qu'elle a opéré, enfin l'idiosyncrasie des individus. De là plusieurs formes, dont nous nous bornerons à décrire les principales.

Première forme. Gène et pesanteur à l'épigastre, perte d'appétit, mais sans soif, goût d'amertume dans la bouche, éructations, nausées, rapports nidoreux, efforts de vomissement et même vomissement de bile jaune, verdâtre et amère ; coloration en jaune des ailes du nez et de la lèvre supérieure, sentiment de fatigue et d'abattement. C'est à cette nuance de la gastrite chronique que les auteurs ont donné le nom d'*embarras gastrique.*

Deuxième forme. Sensation douloureuse à la région de l'estomac, laquelle se dissipe par l'ingestion des alimens, ce qui fait dire au malade qu'il éprouve *des besoins* de manger ; elle se renouvelle une ou deux heures après le repas : mais alors elle est plus forte, le malade se plaint d'avoir l'estomac gonflé ; il y ressent souvent des battemens qui pourraient faire croire à l'existence d'un anévrisme de l'aorte ventrale ; il éprouve de la soif, de la chaleur à la paume des mains, des rapports aigres ou des flatuosités, des lassitudes dans les membres, un peu de douleur de tête et quelquefois de la tendance au sommeil et une constipation opiniâtre. Tous les jours cette scène se renouvelle : l'appétit ne se fait presque jamais sentir. Les stimulans soulagent momentanément : ces malades sont presque tous tristes. Telle est la *dyspepsie* des auteurs.

Troisième forme. Elle diffère de la précédente, en ce que la douleur et le gonflement suivent immédiatement l'ingestion des alimens. Si la phlegmasie occupe la portion splénique de l'estomac, on sent, en palpant la région épigastrique, le muscle

droit du côté gauche se contracter sous la main qui le presse, tandis que celui du côté opposé reste immobile. La contraction musculaire a lieu à droite, au contraire, lorsque l'inflammation a son siége dans la portion pylorique, et c'est surtout dans ce cas que les sensations douloureuses ne se font sentir que deux heures après le repas. La douleur est ordinairement perçue au moment même de l'arrivée du bol alimentaire dans l'estomac, lorsque la phlegmasie occupe le cardia.

Quatrième forme. Aux symptômes précédens se joignent des vomissemens de plus en plus répétés, la rougeur des pommettes pendant la digestion, la fréquence du pouls, la sécheresse et l'aridité de la peau, et une petite toux sèche à secousses, non suivie d'expectoration et provoquant assez souvent le vomissement (toux gastrique). Dans toutes les nuances précédentes l'embonpoint peut être conservé et la région épigastrique n'être pas sensible à la pression; dans celle-ci l'amaigrissement et la sensibilité épigastrique sont presque constans. C'est plutôt un degré plus élevé de la gastrite chronique, qu'une forme particulière de cette maladie; il en est de même des deux groupes suivans de symptômes.

Douleurs lancinantes dans l'hypochondre droit, tumeur oblongue dans cette région, d'autant plus appréciable que l'amaigrissement fait plus de progrès, vomissement de presque tous les alimens, survenant quelques heures après leur ingestion, fréquence du pouls et chaleurs continues augmentant après chaque repas, sécheresse et aridité de la peau, aspect terreux ou d'un jaune de cire du visage. Les vomissemens finissent par devenir continus, et tout est rejeté, jusqu'aux boissons les plus légères et prises dans la moindre quantité possible. Ce groupe de symptômes indique le *squirrhe* ou *cancer non ulcéré du pylore*.

Si la matière des vomissemens est noirâtre et ressemble à du marc de café ou à de la suie délayée, il y a *cancer du pylore*. Cette désorganisation occupe l'estomac, si les douleurs

lancinantes de l'hypochondre gauche et la tumeur n'existent pas.

Sixième forme. Chez les individus nerveux, irritables, habitués à étudier toutes les sensations qu'ils éprouvent, et dont les sympathies entre l'estomac et le cerveau sont très-actives et réveillées par les impressions les plus fugaces, la gastrite chronique, outre les symptômes qui lui sont propres, et que nous avons décrits précédemment, auxquels il faut joindre cependant le gonflement et la douleur des hypochondres, s'accompagne de phénomènes cérébraux variés; ainsi, les migraines, les tintemens d'oreille, les éblouissemens, les vertiges, la tristesse, les terreurs paniques, les insomnies, le penchant au suicide, et surtout l'inquiétude continuelle du malade sur les maux qu'il éprouve et dont il s'exagère singulièrement la gravité, l'impossibilité presque absolue pour lui de s'occuper d'autre chose que de sa santé, la disposition à se croire affecté de tous les maux dont il entend parler et dont il lit la description, et à changer chaque jour de médicamens et de médecins, tel est le cortége des symptômes cérébraux qui se joignent alors à ceux de la gastrite chronique; ce double groupe a reçu le nom d'*hypochondrie*. Tantôt les phénomènes cérébraux sont sympathiques de la gastrite : tantôt ils en sont indépendans, et ce sont alors deux affections qui marchent ensemble; enfin, dans les cas les plus rares, les symptômes gastriques sont sympathiques des cérébraux ; de là sans doute les différentes opinions sur cette affection, dont quelques auteurs ont placé le siége exclusif dans l'estomac, et quelques autres dans l'encéphale.

Nous ne décrirons pas d'autres formes de la gastrique chronique; nous ajouterons seulement que, chez les jeunes filles non menstruées, ou dont les règles se sont supprimées par l'effet de cette affection elle-même, elle fait naître des goûts bizarres et dépravés, elle produit la pâleur et la décoloration de la peau, à laquelle on a donné le nom de *chlorose, pâles*

couleurs. Le sang de ces malades est très-séreux, leur corps est bouffi; elles ont des étouffemens et des palpitations au moindre mouvement; elles sont tristes et recherchent la solitude. Il est probable que toutes les affections chroniques des organes importans, accompagnées de dysménorrhée ou d'aménorrhée, peuvent produire les symptômes de la chlorose. On a donné des noms particuliers à plusieurs symptômes de la gastrite chronique; ainsi, on a nommé *anorexie*, la perte d'appétit; *boulimie*, la faim excessive; *cardialgie*, la douleur vive, aiguë du cardia, qui se fait sentir ordinairement derrière l'appendice xiphoïde ou sous l'hypochondre gauche; *gastralgie*, *gastrodynie* et *épigastralgie*, la douleur violente dans un point quelconque de l'estomac; *pica*, la dépravation du goût; enfin, *pyrosis* ou *fer chaud*, une sensation de chaleur ardente dans l'estomac, se propageant le long de l'œsophage et suivie de l'éructation d'un liquide très-acide et brûlant. (Voyez *Névroses* de l'estomac.)

Pendant le cours d'une gastrite chronique, sous quelque forme que ce soit, s'il survient tout-à-coup une douleur atroce à l'épigastre, que le malade éprouve une sensation de chaleur insolite qui se répand dans tout l'abdomen; qu'il fasse des efforts inutiles de vomissement, ou rejette, dans le premier moment, quelques gorgées d'alimens; que ses forces soient subitement brisées, le pouls faible ou dur et toujours très-fréquent, la figure profondément décomposée, les douleurs cruelles et continues; qu'il ait le sentiment d'une lésion profonde et de sa fin prochaine; enfin, si aucun moyen ne parvient à calmer ces effrayans symptômes, la mort survient ordinairement dans les vingt-quatre heures, le ventre se ballonne, s'il ne l'était déjà, et, à l'ouverture du cadavre, on trouve l'estomac perforé, et des liquides et des alimens épanchés dans la cavité péritonéale. On a décrit cet accident sous le nom de *perforation spontanée* de l'estomac: il est toujours consécutif à une gastrite chronique ou aiguë, mais beaucoup plus rare-

ment à celle-ci qu'à la première; les poisons caustiques ou corrosifs le produisent quelquefois.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La gastrite chronique est toujours lente et de longue durée, parce que ordinairement les digestions s'opèrent pendant très-long-temps, malgré la douleur de l'estomac, et que les symptômes sont souvent fort légers pendant les premiers mois. Chez les femmes, qui en général abusent moins des stimulans, et sont plus lymphatiques que les hommes, et chez lesquelles surtout l'écoulement menstruel opère tous les mois une révulsion salutaire, la gastrite chronique semble se prolonger indéfiniment, et ce n'est souvent qu'à l'époque de la cessation des règles que cette affection commence à prendre assez de gravité pour réclamer les secours de l'art. Chez tous les individus elle redouble ordinairement vers l'approche de la nuit, souvent même elle laisse le malade dans un état de calme assez parfait une partie de la journée, et ne se fait sentir que le soir. Elle se termine par résolution, ulcération, induration, cancer, perforation et la mort. Le pronostic varie suivant l'ancienneté de la phlegmasie, son intensité, le degré de désorganisation qu'elle a opéré, l'âge et la force du sujet; il est en général plus favorable chez les femmes, par les raisons que nous avons exposées ci-dessus, et en outre parce qu'elles supportent plus facilement la diète ou le régime sévère, qui, comme nous le dirons bientôt, forment le base principale du traitement de cette affection. Mais si, pendant le cours de la maladie, les règles viennent à cesser de paraître, sans qu'on puisse attribuer leur cessation à l'âge de la malade, le pronostic en est plus grave que chez l'homme, toutes les circonstances étant égales d'ailleurs. Ce n'est pas à dire pour cela qu'il soit toujours funeste; mais, en général, dans toutes les affections chroniques des femmes, l'aménorrhée est un mauvais signe; elle annonce souvent qu'une désorganisation s'opère. Le squirrhe et le cancer sont presque incurables. (Voyez *Désorganisations*.)

Caractères anatomiques. La rougeur, la coloration en brun ou gris ardoisé, et l'épaississement de la membrane muqueuse gastrique, sont les altérations que l'on rencontre le plus fréquemment à la suite des gastrites chroniques. On trouve quelquefois cette membrane détruite dans une plus ou moins grande étendue, ou bien convertie en bouillie gélatiniforme. Plus ordinairement elle est épaisie et convertie en une substance lardacée partout homogène ; cette disposition s'observe surtout au pylore, qui présente plus souvent aussi que les autres parties de l'organe la matière encéphaloïde, les mélanoses, les transformations cartilagineuses et osseuses. Les ulcères sont rares, mais plus fréquens cependant qu'après les gastrites aiguës : ils occupent ordinairement les portions épaissies et dégénérées de la membrane. On les trouve quelquefois cicatrisés ; l'estomac de Béclard en a fourni un exemple. Les perforations sont aussi moins rares dans les gastrites chroniques que dans les aiguës; cette altération est peu commune.

Traitement. La première condition à remplir dans le traitement de la gastrite chronique, comme dans toutes les affections en général, est d'éloigner les causes d'excitation de l'organe malade, et de le condamner au repos plus ou moins complet. La diète ou un régime sévère satisfont à cette première indication, et suffisent quelquefois pour guérir la maladie lorsqu'elle est légère. Mais, dans la majorité des cas, ces moyens échoueraient si l'on n'en secondait l'effet par les saignées locales, les boissons émollientes, acidules ou gommeuses, les topiques émolliens et narcotiques, l'exercice, les bains, les frictions sèches sur la peau, enfin, dans les cas extrêmes, les sétons et les moxas sur la région de l'estomac. Voici comment on doit diriger l'emploi de tous ces agens thérapeutiques.

Il faut débuter par mettre le malade à la diète absolue pendant six, dix, quinze, vingt jours et plus, suivant l'ancienneté et l'opiniâtreté de la phlegmasie, l'âge et la force du sujet, ou bien lui imposer un régime sévère. Ce régime consiste dans

l'abstinence complète de tous les stimulans, tels que vin, café, liqueurs, eau-de-vie, viandes noires, gibier, ragoûts salés ou épicés, consommés, bouillons, etc., et dans l'usage exclusif des fécules, du laitage, des légumes, des herbes cuites, des fruits rouges dans la saison, du poisson, des huîtres et des viandes blanches. Les repas doivent être pris à des heures fixes, et être peu copieux. On mesure la quantité des alimens qui doivent les composer, par le résultat des digestions. Ainsi, tant que leur ingestion est suivie de soif, de sécheresse de la gorge ou de mal de tête, de lassitude dans les membres, de tension épigastrique ou de malaise, on les diminue jusqu'à ce qu'on arrive au point que la digestion ne soit accompagnée d'aucune sensation pénible. Mais, nous le répétons, il est toujours plus avantageux de commencer le traitement par quelques jours de diète complète.

On applique en même temps dix, douze, quinze ou vingt sangsues à l'épigastre; on en renouvelle l'application deux ou trois fois de suite dans les premiers jours, pour diminuer le plus possible l'irritation, après quoi on ne les répète plus que tous les quatre, huit ou quinze jours, chaque fois que la phlegmasie semble depuis quelque temps stationnaire et ne plus faire de progrès vers la guérison. Nous avons coutume de placer les sangsues pendant les exacerbations; à toute autre époque elles affaiblissent le malade sans presque diminuer la phlegmasie. Nous avons retiré de si bons effets de cette pratique, que nous ne craignons pas d'en faire un précepte.

Nous avons dit que les boissons devaient être émollientes, acidules ou gommeuses, au goût des malades; telles sont les décoctions d'orge, de fleurs de mauve, de racine de guimauve, de chiendent, de pomme de rainette; l'eau de poulet, ou de veau, ou de grenouilles; l'eau acidulée avec le gaz acide carbonique, les sirops de vinaigre, de groseille, de limon; les sucs d'orange, de citron, de grenade; l'eau de réglisse, ou bien l'eau tenant de la gomme arabique en dissolution, ou chargée d'albumine, ou seulement sucrée, ou édulcorée avec les sirops de

guimauve, de capillaire, de gomme, de violette, etc., ou enfin l'eau pure elle-même. Ces liquides doivent être pris en petite quantité à la fois, mais souvent répétés, froids autant que possible, et peu chargés de principes émolliens, acides ou gommeux. On doit surtout en faire usage après les repas; l'eau pure ou sucrée convient mieux alors.

A ces moyens principaux, essentiels, il ne faut pas négliger de joindre l'emploi des cataplasmes émolliens, des emplâtres opiacés, ou des linges trempés dans l'eau froide ou l'oxicrat, de vessies remplies de glace, si le malade peut les supporter, sur la région épigastrique, et les lavemens émolliens et rendus même légèrement laxatifs par l'addition de l'huile, ou faits avec l'eau de casse, pour remédier à la constipation toujours opiniâtre qui accompagne les gastrites chroniques. L'exercice modéré, jamais porté jusqu'à la fatigue, les bains tièdes et les frictions sèches sur la peau, enfin l'habitation à la campagne, si cela est possible, et les distractions, sont aussi très-utiles. Enfin, si tout cela échoue, on tente le séton ou le moxa sur l'épigastre. Cette dernière médication est plus puissante que la première; mais elle expose, lorsque les parois abdominales sont minces ou le sujet trop irritable, à produire un accroissement subit et violent de la phlegmasie, qui peut entraîner la mort en peu de jours. Le séton a de son côté l'inconvénient d'être très-douloureux à panser; de sorte qu'il est difficile de dire lequel des deux moyens est préférable.

Dans la convalescence de la gastrite chronique, il est de la plus haute importance de ne revenir aux alimens que par une gradation soigneusement ménagée. Ce n'est aussi qu'avec les plus grandes précautions qu'on peut administrer les stimulans; il faut en surveiller continuellement les effets, et s'arrêter aussitôt qu'on s'aperçoit qu'ils surexcitent. Quelques jours de diète sont souvent nécessaires alors pour réparer le mal qu'ils ont produit. En général, il vaut mieux s'en abstenir; et lorsqu'on

les juge nécessaires, comme chez les individus mous, lymphatiques, peu irritables, dans les contrées et les saisons froides et humides, et lorsque les membranes muqueuses visibles et la peau sont pâles et décolorées, le vin, les bons bouillons et les consommés sont de beaucoup à préférer aux toniques médicamenteux.

Si nous n'avons pas parlé jusqu'ici des émétiques, des prétendus fondans, désobstruans, des savonneux, des eaux minérales, conseillés par tous les auteurs contre les *embarras gastriques*, les *dyspepsies*, les *obstructions du pylore*, le *cancer de l'estomac*, etc., c'est parce que les propriétés de ces médicamens sont plus que douteuses, qu'ils nuisent dans un très-grand nombre de circonstances, qu'on n'a pas encore pu préciser les cas dans lesquels ils sont utiles, et qu'en conséquence nous n'avons pas cru devoir recommander des agens thérapeutiques dont nous ne pouvions pas préciser les indications. Tout ce qu'on sait sur l'emploi des émétiques, c'est qu'il faut le borner aux cas dans lesquels la langue est jaune ou limoneuse, sans rougeur à son limbe, la chaleur et la douleur épigastriques nulles, les rapports nidoreux, et, comme nous l'avons dit ci-dessus pour les toniques, chez les individus gras, mous, lymphatiques, peu irritables, dans les saisons et les contrées froides et humides. Ils réussissent en général assez bien dans notre première forme de gastrite chronique, celle que les auteurs nomment *embarras gastrique*. L'eau de Vichy pure, ou mieux, coupée avec le lait ou la décoction d'orge, mérite peut-être d'être exceptée dans cette proscription. Nous l'avons vu réussir dans plusieurs circonstances, et en particulier chez des femmes. Les légers antispasmodiques, tels que les infusions légères de tilleul et de feuilles d'oranger, réussissent assez bien aussi chez les personnes nerveuses, et dans la gastrite chronique avec phénomènes cérébraux, nommée *hypochondrie*. Dans cette forme de la gastrite, il est souvent utile de pratiquer quelques saignées locales derrière les oreilles ou aux tempes, de faire

des applications froides sur la tête, et d'employer de temps à autre les pédiluves sinapisés. Les narcotiques sont aussi de quelque secours dans les mêmes circonstances, mais ils ont souvent l'inconvénient d'exciter la membrane muqueuse gastrique. On évite cet inconvénient en les donnant à petites doses, étendus dans beaucoup de véhicule, ou masqués par un sirop, ou mieux encore dans les lavemens. Nous nous sommes bien trouvés, plusieurs fois, de l'administration d'un quart de grain d'acétate de morphine dans un demi-lavement de décoction de graine de lin. Les moyens moraux, les distractions, les voyages, les occupations du jardinage, concourent puissamment à la guérison de cette forme de la gastrite chronique.

Gastrite intermittente, aiguë et chronique.

Tous les symptômes aigus et chroniques que nous avons décrits dans les deux chapitres précédens ont été observés intermittens : c'est dire que la phlegmasie aiguë et chronique à laquelle ils appartiennent peut être intermittente. Les anciens ne sachant pas rapporter ces phénomènes à leur véritable source, les ont confondus avec plusieurs autres sous le nom générique de *fièvre intermittente*, en ajoutant l'indication du type; seulement, lorsqu'ils les ont observés avec une douleur très-intense, prédominant sur les autres symptômes, et paraissant avoir son siége à l'orifice cardiaque de l'estomac, ils en ont fait la *fièvre intermittente pernicieuse cardialgique*.

Causes. La plupart des causes que nous avons reconnues à la gastrite continue peuvent la produire intermittente, si leur action est intermittente elle-même; mais la plus ordinaire et la plus efficace est l'action des miasmes marécageux. Cependant la gastrite chronique affecte très-souvent, comme nous l'avons dit, la marche intermittente quotidienne, sans être produite par les émanations des marais.

Symptômes. Ce sont tous ceux que nous avons décrits, plus un frisson au début, et la sueur à la fin de l'accès, et quelquefois la douleur prédominante au cardia. Dans ce dernier cas, si la douleur est très-violente, elle est accompagnée de nausées, de vomissemens, d'anxiété extrême, de défaillance, qui font croire au malade que la vie va l'abandonner; le pouls est petit, concentré, à peine sensible, les traits sont affaissés, la face pâle et cadavéreuse. Le caractère de cette douleur est d'être souvent comparée par le malade à un sentiment de constriction, de torsion ou de morsure; elle n'est pas toujours aussi vive, ni par conséquent les symptômes qui l'accompagnent aussi violens; enfin, souvent elle n'existe pas.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Les accès reviennent tous les jours ou tous les deux ou trois jours, ils sont plus ou moins intenses, et durent une ou plusieurs heures; ils sont souvent séparés par une apyrexie complète; souvent aussi ils laissent entre eux un peu d'excitation. Lorsqu'il y a douleur cardialgique, elle survient ordinairement au déclin du frisson d'abord, puis, dans l'accès suivant, elle commence plus tôt, et enfin dans un troisième accès, qui est souvent mortel, elle se fait sentir aussitôt que le frisson commence. L'intermittence ne change rien à la durée et au mode de terminaison de la gastrite chronique. Quant à la gastrite aiguë intermittente ordinaire, elle peut en général se prolonger fort long-temps sans compromettre la vie du malade; cela dépend au reste de la force et de la durée des accès, et du plus ou moins grand espace de temps qui les sépare; elle est d'autant moins dangereuse, que les accès sont plus faibles, plus courts et plus éloignés, *et vice versâ.* Elle se termine ordinairement par résolution, soit spontanée, soit provoquée par l'art, et passe presque toujours par l'état continu avant de se terminer par la mort. Celle qui s'accompagne d'une vive douleur cardialgique est au contraire très-grave et mortelle souvent au troisième ou quatrième accès, et quelquefois au deuxième.

Caractères anatomiques. L'anatomie pathologique n'a rien appris jusqu'à ce jour sur les lésions qu'on peut rencontrer dans les cadavres des individus qui succombent à la gastrite intermittente. Il est rare qu'elle donne la mort, et c'est là sans doute la principale cause de ce manque absolu des preuves matérielles et incontestables de sa nature; mais ce n'est pas la seule, et pour n'en citer qu'une, l'idée qu'une inflammation ne pouvait pas être intermittente n'a pas peu contribué à rendre stériles le petit nombre de recherches cadavériques qu'on a pu faire. Ces causes d'incertitude et même d'erreurs sont communes à la plupart des phlegmasies intermittentes. Probablement, à la suite de celle qui nous occupe on trouvera les mêmes lésions qu'après la gastrite continue, des symptômes semblables ne pouvant pas dépendre de causes différentes. M. Bailly, qui a ouvert à Rome un grand nombre d'individus morts de différentes phlegmasies intermittentes, dit avoir trouvé les mêmes lésions que dans les irritations continues, et même plus marquées (1).

Traitement. Le traitement de toute phlegmasie intermittente diffère suivant qu'on veut combattre les accès ou en prévenir le retour, agir pendant leur durée ou dans l'apyrexie. La méthode antiphlogistique, telle que nous l'avons exposée au sujet de la gastrite continue, est la seule qu'il convienne d'employer pendant les accès de gastrite intermittente, toute autre méthode a des inconvéniens plus ou moins graves. Nous renvoyons en conséquence à ce que nous avons dit précédemment, en observant seulement que c'est pendant la période de chaleur que les saignées locales doivent être pratiquées si on les juge nécessaires. On doit encore préférer cette thérapeutique dans l'intervalle même des accès, si l'apyrexie n'est pas complète. Mais lorsqu'il ne reste aucune trace d'irritation, il faut avoir recours au quinquina, à ses préparations ou à ses suc-

(1) Voyez *Archives générales de Médecine*, tom. IV, pag. 215.

cédanés, qui préviennent le retour de la phlegmasie. En traitant de la gastro-entérite intermittente, nous tracerons les règles de l'emploi de ce médicament et de ceux qui peuvent le remplacer.

De la duodénite.

On conçoit aisément, en théorie, que la portion de la membrane muqueuse des voies digestives qui tapisse le duodénum puisse être enflammée isolément; mais l'observation n'a jusqu'à ce jour rien appris de bien positif sur l'existence de cette phlegmasie, et sur les symptômes auxquels on pourrait la reconnaitre. M. Broussais pense que l'ictère est souvent produit par elle, et voici l'explication ingénieuse qu'en donne ce savant professeur. Il suppose que l'inflammation, en gonflant la membrane muqueuse duodénale, bouche en partie l'orifice du canal cholédoque; que la membrane interne de ce conduit, également tuméfiée par la phlegmasie à laquelle elle participe toujours plus ou moins, en complète l'oblitération, et qu'alors la bile, dont la sécrétion est augmentée par l'effet de cette double irritation communiquée sympathiquement au foie, ne trouvant pas d'issue, est résorbée et transportée par le torrent circulatoire sur la voie de l'excrétion cutanée, où elle dépose sa matière colorante. M. Andral a consigné dans les *Archives générales de médecine* des faits intéressans qui viennent à l'appui de cette théorie (1). Nous avons vu traiter et nous avons traité nous-mêmes plusieurs ictères d'après ces vues théoriques, avec le plus grand succès. Il nous a souvent suffi d'une seule application de sangsues sur le trajet du duduodénum pour les guérir. On peut nous objecter, il est vrai, que ces ictères dépendaient d'une irritation légère du foie que la saignée locale pratiquée sur l'hypochondre droit faisait cesser; cela peut avoir lieu sans doute quelquefois, mais la première explication est

(1) Tome VI, page 161 et suivantes.

plus plausible. Cependant l'histoire de la duodénite est encore à faire, si toutefois, nous le répétons, cette phlegmasie existe réellement isolée de celles des autres portions du conduit digestif. M. Casimir Broussais a entrepris de remplir cette lacune de la science, mais il ne nous paraît pas y être parvenu. Sous le titre de duodénite chronique (1), il nous semble n'avoir décrit qu'une des nuances de l'hépatite chronique et de la gastro-duodénite.

Nous ferons remarquer que la coloration brune de la membrane muqueuse, que l'on observe ordinairement à la suite de la gastrite des buveurs, et qui occupe presque constamment la région pylorique de l'estomac, est plus souvent marquée et plus étendue dans le duodénum que dans cet organe. Ce fait nous a depuis long-temps frappés.

De l'entérite.

Sous cette dénomination, nous ne désignons ici que l'inflammation des intestins grêles, renvoyant à l'article *Colite* l'histoire de la phlegmasie du gros intestin. Nous traiterons séparément de l'entérite aiguë et de l'entérite chronique.

Entérite aiguë.

Elle n'a été connue par les anciens que dans son état de plus haute intensité, et décrite alors sous le nom que nous lui conservons; mais toutes les nuances inférieures ont été méconnues jusqu'à M. Broussais.

Causes. Toutes celles que nous avons énumérées en parlant de la gastrite peuvent produire la phlegmasie de l'intestin grêle, sans provoquer celle de l'estomac; il est évident que,

(1) *Sur la duodenite chronique*, etc., par Casimir Broussais; in-8°. Paris, 1825.

pour cela, il ne faut pas qu'elles agissent dans toute leur force ; l'estomac semble alors résister à leur action plus efficacement que les autres parties du conduit digestif. Mais parmi ces causes, nous devons citer, comme les plus fréquentes, l'usage d'alimens grossiers, contenant peu de sucs nutritifs proportionnellement à leur masse, des viandes salées ou fumées, du poisson gâté, des fruits verts ou de mauvaise qualité, des eaux malsaines, des vins frelatés, acides, des mauvais cidres, et la malpropreté qui s'oppose à la transpiration cutanée. L'entérite aiguë est souvent consécutive à l'entérite chronique.

Symptômes. Il est en général assez difficile de distinguer cette phlegmasie de la *gastro-entérite*, parce qu'il est rare de l'observer isolée dans l'état d'acuité. Voici cependant les signes qui nous paraissent lui être particuliers : tension, gonflement et ballonnement de l'abdomen, douleur sourde et profonde à la pression, se faisant ressentir particulièrement dans la fosse iliaque droite, coliques plus ou moins violentes non suivies de diarrhée et produisant un brisement extrême des forces musculaires, sensation de chaleur interne, constipation opiniâtre, quelquefois vents et borborygmes. A ces symptômes locaux se joignent la sécheresse et l'aridité de la peau, la sécheresse de la langue dans son centre, avec rougeur de la pointe et des bords, une soif toujours très-vive, et l'aspect terreux du visage ; puis les symptômes communs à la plupart des phlegmasies, la chaleur générale et la fréquence du pouls. Plus intense, elle se confond avec la gastro-entérite ; on se fait aisément l'idée des degrés moindres, sans qu'il soit nécessaire de les décrire ici ; nous ne parlerons pas non plus de celle qui est produite par l'étranglement de l'intestin, il en sera question en traitant des hernies étranglées.

Marche, durée, terminaisons et *pronostic.* L'inflammation aiguë de l'intestin grêle ne tarde point à s'étendre à l'estomac et au gros intestin ; tout ce que nous dirons de la *gastro-entérite*, sous les rapports de la marche, de la durée, etc., lui

est donc applicable ; nous renvoyons en conséquence à cette maladie.

Caractères anatomiques. La rougeur, la tuméfaction, et l'ulcération de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, et en particulier de l'iléon dans la portion qui avoisine le cœcum, et quelquefois l'engorgement des ganglions mésentériques correspondant aux points enflammés ou ulcérés, tels sont les désordres que l'on rencontre dans les cadavres des individus morts d'entérite aiguë.

Traitement. Nous l'exposerons avec celui de l'entérite chronique.

Entérite chronique.

Si la phlegmasie aiguë et isolée des intestins grêles est rare, la chronique est assez fréquente. Le *carreau*, plusieurs *fièvres hectiques*, *fièvres lentes*, les *affections vermineuses*, et l'*embarras intestinal*, appartiennent à cette irritation.

Causes. Comme la précédente, elle est presque toujours produite par les causes ordinaires de la gastrite, mais agissant d'une manière lente, peu vive, continue, et pour ainsi dire chronique. Celles que nous avons signalées comme produisant plus fréquemment l'entérite aiguë lui sont aussi particulières : très-souvent elle est la suite de *gastro-entérites*, ou d'entérites aiguës, mal traitées, incomplètement guéries, ou passées à l'état chronique malgré les soins les mieux dirigés. Chez les enfans, elle reconnaît pour causes l'habitation dans les lieux bas, humides et obscurs; le froid humide, les indigestions répétées; une alimentation disproportionnée avec les forces digestives, soit par sa masse, soit par la nature des alimens, tels que le lait de vache pur dans les premiers mois de la vie, les bouillies épaisses, les soupes grasses, et les alimens solides donnés trop tôt; l'abus, on pourrait même dire l'usage des médicamens irritans, et principalement des purgatifs; le café, les liqueurs spiritueuses que l'on a quelquefois l'imprudence de

leur donner ; enfin, les douleurs d'une dentition longue et difficile.

Symptômes. Une douleur sourde dans un des points de la région abdominale, et surtout dans la région iliaque droite, se faisant sentir trois à quatre heures après l'ingestion des alimens, augmentant par la pression ; soif habituelle ; état de constipation ; sécheresse, aridité et aspect sale et terreux de la peau, principalement de celle du visage, des avant-bras et de l'abdomen, l'épiderme se détachant par écailles pulvérulentes sur toutes les parties du corps; vents et borborygmes; rétraction des parois abdominales ; amaigrissement lent et faiblesse générale : tels sont les symptômes ordinaires de l'entérite chronique. Cet état est le plus ordinairement la suite des gastro-entérites et des entérites aiguës. Hors le temps des digestions, les malades sont assez calmes ; mais c'est après les repas, et surtout après celui du soir, que la soif et la douleur se manifestent, qu'il s'y joint un peu de chaleur et de fréquence du pouls, et que tous les autres symptômes énumérés ci-dessus s'exaltent. Cette affection a presque toujours le type intermittent quotidien.

Si à ces symptômes se joignent un sentiment de démangeaison, de piqûre ou de morsure dans un point de l'abdomen, des sueurs aigres, la dilatation des pupilles, le prurit du nez, et qu'au lieu d'être rétracté, le ventre soit bouffi et comme pâteux, on soupçonne la présence des vers lombrics; on n'en acquiert la certitude que par le rejet de quelques-uns. Ils peuvent exister en grand nombre sans manifester leur présence par aucun symptôme extérieur.

Quelquefois l'inflammation chronique de la membrane muqueuse intestinale détermine, comme lorsqu'elle est aiguë, l'engorgement des ganglions du mésentère. Il est digne de remarque, que ces ganglions s'engorgent beaucoup plus fréquemment dans les entérites qui surviennent dans les contrées et les saisons froides et humides, que dans le cours de celles qui se

développent pendant les temps secs, chauds, et dans les pays où règne habituellement cette température. Il est rare qu'on puisse acquérir la certitude de l'existence de leur engorgement pendant la vie; mais enfin cela arrive quelquefois, surtout chez les enfans; et les anciens ont fait de cette forme de l'entérite une maladie particulière sous le nom de *carreau*, à laquelle ils se sont efforcés de rattacher des symptômes propres. Tous ceux qu'ils lui ont assignés sont ceux de l'entérite, et cela devait être; ce sont des troubles de la digestion, des douleurs abdominales, le gonflement du ventre, les vents, l'amaigrissement, etc., symptômes que M. Guersent (1) avoue insuffisans pour faire reconnaître la présence des tubercules mésentériques. « Le seul signe pathognomonique, dit cet excellent observateur, qu'il faut souvent citer lorsqu'on traite des maladies de l'enfance, le seul caractère positif, dit-il, auquel on puisse reconnaître le *carreau*, *dans son dernier degré seulement*, est le toucher des tubercules; tous les autres sont plus ou moins douteux. » Ce qui pour nous veut dire, qu'on ne reconnaît qu'une entérite a provoqué le gonflement des tubercules du mésentère, que lorsqu'on sent directement ces tumeurs à travers les parois abdominales. Elles se présentent alors vers la partie moyenne du ventre, et donnent la sensation de corps durs, arrondis, bosselés, et dont la compression excite la douleur. L'entérite, parvenue à ce degré, présente peu de chances de guérison.

On prétend que les tubercules mésentériques ne se développent pas toujours par l'influence de l'irritation intestinale, et qu'ils naissent quelquefois spontanément. On cite comme preuves l'exemple d'un nègre qui jouissait d'une bonne santé lorsqu'on le pendit, et dans l'abdomen duquel on trouva cependant soixante de ces tubercules de diverses grosseurs, depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'un œuf de poule; et l'ob-

(1) *Dictionnaire de Médecine*, etc., tom. IV, pag. 312 et suivantes.

servation d'une jeune fille de cinq ans, morte cinq heures après être tombée dans le feu, et qui présenta douze de ces tumeurs en partie suppurées, quoiqu'elle jouît d'une santé parfaite lors de l'accident qui causa sa mort. Ces faits, et tous ceux de ce genre, prouvent seulement qu'on peut porter pendant fort long-temps des tubercules dans le mésentère, sans que les fonctions en soient troublées et sans qu'aucun symptôme en annonce la présence. Qui ne sait combien cela est fréquent pour les tubercules des poumons, et qui pourrait s'étonner qu'il en fût de même, et à plus forte raison, pour ceux du mésentère, partie bien moins irritable, et jouant dans l'économie un rôle très-obscur et, pour ainsi dire, passif? Mais que ces tumeurs naissent spontanément, cela n'est nullement démontré par les faits en question. Deux hypothèses raisonnables se présentent pour les expliquer. La première, qui nous paraît la plus probable, consiste à admettre que les individus cités, le nègre et la jeune fille, avaient été atteints long-temps avant leur mort d'entérites qui avaient provoqué l'engorgement des ganglions mésentériques; que l'entérite s'était guérie, et que les tubercules étaient restés indolens et s'étaient lentement ramollis La seconde supposition est, que ces tumeurs s'étaient développées sous l'influence d'une irritation intestinale trop peu vive pour s'élever au degré de la phlogose, ni même déranger l'harmonie des fonctions d'une manière bien appréciable. Entre ces deux hypothèses, qui ont pour elles l'analogie et le raisonnement, et celle de l'innéité des tubercules, qui n'a de fondement que dans l'imagination de ses auteurs, le choix ne saurait être long-temps douteux.

Quelquefois la phlegmasie intestinale, et surtout l'irritation des ganglions, agit sur la membrane péritonéale, l'excite, et détermine une augmentation plus ou moins rapide de sa sécrétion habituelle. De là, l'épanchement d'un liquide limpide dans la cavité abdominale, épanchement auquel on a donné le nom d'*ascite*. C'est là, en effet, une des causes fréquentes

de cette *hydropisie* ; nous verrons aussi que le meilleur moyen de la faire disparaître est, dans ce cas, de combattre l'entérite.

Enfin, quand l'entérite chronique, avec ou sans gonflement des ganglions du mésentère, est ancienne, et qu'une atteinte profonde, telle que des ulcérations nombreuses et étendues, est portée à l'organisation de la membrane muqueuse, une diarrhée particulière se manifeste. Les matières fécales demi-ramollies sont de couleur cendrée ou blanche, ou argileuse, ou bien elles sont formées par des alimens à moitié digérés. Pendant quelque temps, cet état des déjections alvines alterne avec la constipation ; mais bientôt la phlogose et les ulcères gagnent la valvule iléo-cæcale qu'ils détruisent, puis le cœcum et le colon lui-même, et la diarrhée, de plus en plus liquide et abondante, épuise rapidement le malade et l'entraîne au tombeau.

Si, pendant le cours d'une entérite chronique, sans cause connue, et lorsqu'on s'y attend le moins, le ventre se ballonne tout-à-coup et devient sensible, que la figure du malade se décompose rapidement, qu'il pousse des cris continuels, et que le pouls devienne misérable, nul doute que l'intestin ne soit perforé (*perforations spontanées* des intestins), la mort en est bientôt la suite. Cet accident arrive quelquefois aussi dans les entérites aiguës, mais plus rarement que dans les chroniques, parce que c'est ordinairement au milieu d'une ulcération que la perforation s'opère.

Marche, durée, terminaisons et *pronostic*. La marche et la durée des affections chroniques ne peuvent presque jamais être indiquées, même d'une manière approximative. Celle qui nous occupe peut durer des années sans donner la mort, comme elle peut tuer en quelques mois, sans qu'on sache quelquefois à quelles causes attribuer ces énormes différences. Tant qu'il n'y a pas une décoloration profonde de la peau, que les digestions d'alimens légers et liquides s'opèrent bien encore, on a tout lieu d'espérer la guérison ; mais lorsque l'amaigrissement

est extrême, la peau couleur de cire, les digestions très-difficiles ou même impossibles, et que les selles sont cendrées ou blanchâtres, il reste bien peu de chances de succès. Elles sont bien moins nombreuses encore, lorsque les ganglions mésentériques tuméfiés peuvent être facilement sentis à travers les parois abdominales. Enfin, il en existe à peine, si une diarrhée liquide et abondante vient se joindre au gonflement énorme de ces ganglions. En général, à lésion égale, le pronostic de l'entérite chronique est moins grave que celui de la gastrite de même caractère, parce que la digestion peut encore se faire lorsque l'estomac est sain, et la nutrition s'opérer, en usant des précautions de régime que nous indiquerons au traitement, ce qui prolonge l'existence du malade et augmente les chances de succès. L'entérite chronique se termine par le passage à l'état aigu, par la résolution, l'ulcération, la suppuration, l'état cancéreux, la perforation et la mort.

Caractères anatomiques. Ils consistent dans la rougeur ou la coloration brune violacée et la tuméfaction de la membrane, et surtout son ulcération. Les ulcères sont ordinairement nombreux, et occupent principalement la fin de l'iléon; les bords en sont taillés à pic, et leur profondeur est telle quelquefois, qu'ils intéressent la tunique musculaire de l'intestin; de sorte que la paroi n'en est plus formée que par le péritoine. Quelquefois les trois membranes de l'intestin sont épaissies dans une plus ou moins grande étendue, et converties en une substance homogène, lardacée ou cérébriforme. Quand il existe des ganglions tuméfiés dans le mésentère, ils correspondent toujours aux points enflammés ou ulcérés de la membrane muqueuse, et de telle sorte que les plus volumineux et les plus avancés correspondent aux lésions les plus anciennes, *et vice versâ*. Ainsi on voit des tubercules rouges et durs en rapport avec les traces de phlegmasie récente, des tubercules blancs et légèrement ramollis au centre dans la direction des ulcérations les moins anciennes, et enfin des tubercules entièrement ramol-

lis au voisinage des ulcères anciens et profonds. Dans les cas de perforation de l'intestin, on trouve, en outre des lésions que nous venons d'indiquer, des traces de l'inflammation du péritoine.

Traitement. Tous les préceptes de thérapeutique que nous avons tracés pour la gastrite aiguë et chronique sont applicables à l'entérite. La diète ou le régime, les saignées locales, les boissons délayantes, les topiques émolliens ou narcotiques, le séton, le moxa, les frictions sèches sur la peau, les bains tièdes et l'exercice modéré, font encore les bases principales du traitement de cette phlegmasie, avec les légères modifications suivantes.

Dans l'entérite aiguë, la diète doit être aussi sévère que dans la gastrite de même forme; mais il est permis de revenir beaucoup plus tôt aux alimens, lorsque le calme se rétablit, en satisfaisant à cette condition seulement, de les choisir parmi les substances qui ne laissent que peu ou point de résidu excrémentitiel après leur digestion, telles que le lait, le sucre, les fécules, la gélatine, et les bouillons légers. La diète n'a pas besoin non plus d'être aussi prolongée ni le régime aussi rigoureux dans l'entérite que dans la gastrite chronique, pourvu qu'on s'astreigne à la précaution que nous venons d'indiquer. On peut même quelquefois permettre un peu de vin sans inconvéniens, ce qui en entraîne toujours plus ou moins dans la gastrite.

Il est presque superflu de dire que les saignées locales, les topiques, les sétons ou les moxas, au lieu d'être placés à l'épigastre, doivent l'être le plus près possible de l'intestin malade. Très-souvent c'est dans la fosse iliaque droite qu'il faut appliquer ces moyens, parce que c'est presque toujours l'extrémité cæcale de l'iléon qui est affectée. Leur emploi est d'ailleurs soumis aux mêmes règles et aux mêmes conditions que dans la gastrite. Il en est de même des boissons, des frictions sèches, des bains et de l'exercice. Nous n'ajouterons qu'une remarque; c'est que les vomitifs, presque toujours dangereux dans la gastrite, le sont beaucoup moins dans l'entérite, tandis que les

purgatifs, peu nuisibles, et quelquefois utiles dans la première de ces phlegmasies, aggravent toujours plus ou moins la seconde. Les diurétiques, que l'on emploie généralement contre les hydropisies, nuisent dans celle qui est produite par l'entérite. Le meilleur moyen de faire disparaître cet épanchement, est de détruire l'irritation intestinale qui le cause, par les moyens précédemment indiqués. Le petit-lait, légèrement nitré, produit en général d'excellens effets.

De la colite.

La colite est l'inflammation de la membrane muqueuse de l'intestin colon. Elle est continue ou intermittente, aiguë ou chronique.

Colite aiguë continue.

Cette phlegmasie est désignée par les auteurs sous le nom de *dysenterie*. Elle est consécutive à l'inflammation des portions supérieures du conduit digestif, ou bien elle est primitive. Dans le premier cas, ses causes sont les mêmes que celles de l'entérite ou de la gastro-entérite, auxquelles elle succède ou qu'elle accompagne, et ne doivent pas nous occuper ici. Dans le second, au contraire, elle a ses causes particulières, que nous allons exposer.

Causes. Elle attaque indifféremment les individus de tout âge, de tout sexe et de tout tempérament; elle peut se développer dans toutes les saisons; mais elle est plus fréquente en automne, surtout sous la forme épidémique, et lorsqu'il règne une grande chaleur jointe à beaucoup d'humidité. Dans les pays chauds, elle sévit avec plus de violence que dans le nord. Elle trouve ses causes assez fréquentes dans l'usage de certains alimens, tels que la viande de porc, la chair des jeunes animaux, les œufs de certains poissons, et le foie de la plupart des animaux. Mais ces causes n'agissent que sur quelques individus,

et sont sans action sur d'autres; les suivantes, au contraire, appartenant également aux substances alimentaires, et exerçant par conséquent une influence directe sur les voies digestives, produisent la colite aiguë chez la grande majorité des individus qui y sont soumis. Ce sont, l'usage prolongé du pain mal fait, préparé avec des farines avariées ou extraites de blé mouillé, moisi, échauffé, fermenté ou déjà corrompu, ou bien encore mélangées avec d'autres substances, comme cela n'arrive que trop dans les temps de disette; les viandes ayant subi un commencement de fermentation putride, ou provenant d'animaux malades; les eaux stagnantes et bourbeuses, contenant des débris d'animaux et de végétaux; les vins doux non fermentés; l'ingestion de substances non nutritives, telles que l'herbe des champs, à l'aide desquelles les malheureux trompent la faim qui les dévore dans les temps de famine; les indigestions répétées que se donnent les individus qui passent tout-à-coup de l'état de privation à celui d'abondance; une simple erreur de régime, chez les convalescens et quelques individus faibles ou porteurs d'une maladie chronique, enfin l'abus des drastiques et de tous les purgatifs. Une cause non moins puissante que toutes celles qui précèdent consiste dans les émanations putrides et infectes qui s'exhalent des substances animales en putréfaction, comme dans les amphithéâtres et sur les champs de bataille, ou qui s'élèvent des déjections alvines d'hommes atteints déjà de la colite et rassemblés en grand nombre dans un camp mal assis ou dans des lieux étroits, comme les prisons, les hôpitaux et les vaisseaux. Les vêtemens mouillés, gardés sur le corps pendant quelque temps, le froid humide surtout aux pieds, enfin le séjour dans les lieux bas et marécageux, deviennent aussi quelquefois des causes de de la colite aiguë.

Symptômes. Lorsque cette phlegmasie est peu intense, elle s'annonce ordinairement par quelques douleurs abdominales, irrégulières, mobiles, et que la pression semble soulager. Des

borborygmes surviennent bientot; l'envie d'aller à la selle se déclare : le malade veut obéir à ce besoin, il fait des efforts, et ne parvient qu'avec peine à expulser quelques matières stercorales liquides et des mucosités, dont le passage détermine une sensation de chaleur et de vive cuisson à l'anus. Ces évacuations se répètent jusqu'à douze ou quinze fois dans les vingt-quatre heures, quelquefois trente et quarante fois et plus; elles ne contiennent bientôt plus de matières stercorales, et ne sont formées que par du mucus filant et blanchâtre ou sanguinolent, mêlé quelquefois à une sérosité rougeâtre, ou à des débris d'apparence membraneuse en lambeaux ou en globules, à du sang pur, à de la bile, à des gaz, et quand la phlegmasie est un peu ancienne, à du pus; quelquefois cependant, des matières stercorales très-dures sont rendues de temps à autre, même après plusieurs jours de maladie. Les tranchées plus ou moins fortes, le ténesme et les épreintes continuent. une chute rapide des forces accompagne cet état; la face est pâle, surtout immédiatement après chaque selle; le pouls est petit et quelquefois accéléré; souvent l'appétit est conservé.

Dans la colite intense, qui se manifeste surtout dans les grands rassemblemens d'individus, les camps, les vaisseaux, les prisons, les hôpitaux, les villes assiégées, etc., les douleurs abdominales sont toujours très-aiguës, les envies d'aller à la selle sont, pour ainsi dire, continues, et quelques malades se présentent jusqu'à deux cents fois dans les vingt quatre heures pour y satisfaire. La matière des évacuations est séreuse, presque toujours mêlée de beaucoup de sang, quelquefois de pus; sa couleur est brune ou noire, et presque toujours elle exhale une odeur fétide insupportable. Dès le début, le malade est forcé de s'aliter; ses forces sont promptement anéanties, et sa figure porte l'expression d'une altération profonde. La soif est vive, et les boissons sont à peine avalées que le besoin d'aller à la selle se fait sentir; le pouls est quelquefois fréquent, mais plus souvent encore sans aucune accélération; la peau est sèche

et rude, et prend bientôt un aspect terreux. L'aspect cadavéreux de la face, le hoquet, le gonflement du ventre, la cessation des douleurs, le refroidissement des extrémités, la petitesse et l'insensibilité du pouls, annoncent une mort prochaine.

Quelquefois l'inflammation se communique rapidement de la membrane muqueuse aux tuniques musculaire et péritonéale de l'intestin, ordinairement dans une petite étendue; ou bien dès le début elle occupe ces trois membranes à la fois (*entérite phlegmoneuse* des auteurs.) Alors une douleur vive et fixe, que le moindre contact augmente, se manifeste; un sentiment de chaleur brûlante se fait sentir dans le lieu de cette douleur, et il s'y forme une tumeur oblongue et rénitente. L'abdomen se rétracte d'abord, puis il se tuméfie; des vomissemens surviennent; les évacuations alvines cessent, après avoir contenu du mucus sanguinolent, et font place à la constipation; le pouls est dur et déprimé, la soif vive, en un mot, les symptômes d'une hernie étranglée se déclarent. C'est qu'en effet, un rétrécissement se forme dans cette partie; le cours des matières fécales est interrompu; elles s'accumulent et distendent l'intestin, dont l'inflammation s'accroît encore par les efforts que fait le malade pour les expulser; la douleur devient intolérable. Enfin, après plusieurs jours de souffrance et de constipation opiniâtre, les matières, ramollies et délayées par la sécrétion augmentée du mucus, finissent par s'écouler à travers la petite ouverture de l'intestin, et le malade est soulagé, jusqu'à ce qu'une nouvelle accumulation vienne ramener ses douleurs et les accidens. L'intestin grêle est quelquefois aussi le siége d'une semblable phlegmasie.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La difficulté d'assigner, même d'une manière approximative, la marche et la durée générales des maladies, se fait surtout sentir dans celle qui nous occupe. Violente dès le début, ou bien n'atteignant son plus haut degré d'intensité que progressivement, cessant tout-à-coup ou diminuant graduellement, se terminant en

vingt-quatre heures ou se prolongeant pendant vingt ou trente jours, la colite aiguë n'a réellement ni marche fixe ni durée déterminée; cependant, en général, sa marche est celle que nous avons décrite, et sa durée moyenne est de quatre à huit jours. Elle règne épidémiquement dans certaines saisons, telles que l'automne et les étés humides et chauds; elle est endémique dans quelques contrées humides et marécageuses; enfin, beaucoup d'auteurs pensent qu'elle devient contagieuse, dans quelques circonstances. Sa terminaison la plus fréquente est la résolution. L'inflammation se propage quelquefois aux intestins grèles et à l'estomac, et les auteurs ont dit dans ce cas, que la *dysenterie* se compliquait avec les *fièvres bilieuses*, *muqueuses* et *adynamiques*. Quelquefois la colite passe à l'état chronique; assez souvent elle détermine l'ulcération et la suppuration de la membrane; parfois elle se communique aux trois tuniques de l'intestin. La perforation de l'intestin en est rarement la suite; elle est parfois si violente que la gangrène survient. Cette phlegmasie donne rarement la mort lorsqu'elle est sporadique : elle fait au contraire des ravages épouvantables dans les camps, les hôpitaux, les villes assiégées, etc.; mais tout porte à croire que le vice des méthodes thérapeutiques a beaucoup contribué à augmenter sa gravité; et maintenant que, grâce aux immortels travaux de l'auteur de l'*Histoire des phlegmasies chroniques*, son traitement est en harmonie avec sa nature, il est permis d'espérer qu'elle sera infiniment moins meurtrière.

Caractères anatomiques. Ils sont absolument les mêmes que dans l'entérite aiguë. La membrane muqueuse du colon est rouge, depuis le rose vif jusqu'au brun, gonflée, épaissie, érodée, comme ecchymosée, tapissée de mucus clair ou puriforme, enfin ulcérée ou gangrénée. A la suite de la phlegmasie de toute l'épaisseur de l'intestin, on trouve celui-ci étranglé par un anneau circulaire, ou par une bride, ou comprimé par une tumeur, ou invaginé, ou comme entortillé, et dans tous les

cas formant une masse plus ou moins volumineuse dans laquelle toutes les parties sont agglomérées et agglutinées, et souvent recouvertes par de fausses membranes. Les membranes musculaire et muqueuse, très-rouges, sont épaissies; la surface de cette dernière est souvent tapissée de mucus sanguinolent.

Traitement. Déjà, dans son excellente *Histoire des phlegmasies chroniques* (1), M. Broussais avait posé les premières bases du traitement de cette phlegmasie, en ces termes : 1° « Épargner à la membrane phlogosée la présence des corps étrangers qui pourraient augmenter son irritation; 2° lui faire parvenir ceux qui jouissent d'une propriété opposée. » Depuis, ce savant médecin a ajouté à ces deux préceptes celui de l'emploi des saignées locales.

L'abstinence complète des alimens est donc la première condition à remplir dans le traitement de la colite aiguë; la seconde consiste dans les boissons gommeuses et mucilagineuses et les lavemens émolliens et mucilagineux à petite dose. Ces moyens sont si puissans, qu'il est peu de colites récentes qui ne cèdent en peu de jours à leur influence. Mais lorsque cette phlegmasie est un peu ancienne ou très-intense, les saignées locales pratiquées à l'anus, et répétées plusieurs fois, si le cas l'exige, deviennent indispensables. Très-souvent une seule application de sangsues suffit, et tel malade qui allait trente et quarante fois à la garde-robe dans les vingt-quatre heures avant qu'elles fussent posées, cesse immédiatement d'en ressentir le besoin; mais souvent aussi on est obligé de les répéter : c'est ce qui a lieu surtout dans le cas où les trois membranes de l'intestin sont enflammées à la fois. Dans ce cas, et lorsque l'intestin colon est gonflé, qu'il se dessine à travers les parois abdominales et qu'il est douloureux au toucher, il est avantageux de faire quelques applications de sangsues sur son trajet. Dans

(1) Tome II, pag. 350, 2e édition.

tous les cas, les cataplasmes émolliens et narcotiques sur l'abdomen, les bains tièdes, et les fumigations émollientes et narcotiques, sont utiles.

Nous pourrions borner à ce peu de mots les préceptes de thérapeutique de la colite aiguë, convaincus que nous sommes, par l'expérience de plusieurs années et de plusieurs médecins, qu'il n'en est presque aucune qui résiste à ce petit nombre de moyens bien administrés; mais il existe quelques agens qu'on a beaucoup vantés à différentes époques, sur lesquels nous devons dire quelques mots.

L'opium surtout a été singulièrement préconisé par quelques auteurs et blâmé par d'autres. Ce médicament produit de bons effets lorsque la colite est peu intense, et non accompagnée d'accélération du pouls; il est toujours incertain et souvent nuisible dans les circonstances opposées: on doit donc s'en abstenir alors. On administre le laudanum, à la dose de vingt-cinq à trente gouttes, ou le sirop diacode, à celle de demi-once dans trois à quatre onces d'un véhicule émollient; ou bien on donne l'extrait gommeux à la dose d'un grain dans trois à quatre onces d'eau sucrée, que l'on fait prendre par cuillerées à des intervalles de demi-heure à deux heures, suivant l'intensité des douleurs. Enfin, quand les douleurs sont très-vives, on donne avec succès des lavemens de décoction de graine de lin, auxquels on ajoute six, huit et dix gouttes de laudanum, ou tout simplement faits avec la décoction de têtes de pavots.

Les vomitifs, et surtout les purgatifs, sont trop souvent dangereux, pour que nous ne nous fassions pas un devoir de les proscrire; ils peuvent d'ailleurs toujours être remplacés avec avantage par les moyens précédens : il y a donc plus que de l'imprudence à y recourir. Il en est de même d'une foule de prétendus *anti-dysentériques*, tels que le cachou, le simarouba, la rhubarbe, le quinquina, la ratanhia, le diascordium, le vin généreux, dont l'emploi est beaucoup plus fréquemment

nuisible qu'utile dans la colite aiguë. Nous ne nions pas que ces moyens aient procuré quelques guérisons, mais combien plus aussi n'ont-ils pas fait de victimes! et puisque, dans l'état actuel de la science, il n'est pas encore possible de distinguer à l'avance les cas dans lesquels ils seraient utiles de ceux dans lesquels ils nuiraient, puisque, d'une autre part, on peut toujours les remplacer avec avantage par des moyens certains et toujours innocens lorsqu'il ne soulagent pas, nous croyons devoir en repousser l'emploi du traitement de la phlegmasie qui nous occupe. Nous dirons seulement que l'habitude de voir beaucoup de malades dans les hôpitaux apprend à manier ces dangereux agens avec plus d'assurance et quelquefois avec succès.

Enfin, il est encore un moyen qui compte des succès et des revers, comme les précédens; incertain comme eux, et non moins dangereux, c'est le vésicatoire sur la région abdominale. Cependant, le savant baron Desgenettes en a retiré de bons effets; mais nos réflexions précédentes ne lui sont pas moins applicables.

Colite chronique.

C'est l'inflammation chronique de l'intestin colon; elle est connue sous le nom de *diarrhée*.

Causes. Au premier rang nous devons placer celles qui agissent directement sur le canal intestinal, et qui appartiennent pour la plupart au régime alimentaire; ce sont les mêmes que nous avons vues produire la colite aiguë; nous n'en répéterons donc pas l'énumération. Un mauvais lait, l'usage prématuré d'alimens trop substantiels et les douleurs de la dentition la produisent fréquemment chez les enfans. Elle est souvent occasionée aussi par le froid humide, agissant surtout sur les pieds; enfin, toutes les émotions vives, et surtout la frayeur, la développent quelquefois. La plupart des individus qui arrivent pour la première fois dans une grande ville, comme

Paris, Londres, etc., en sont affectés, sans que la cause qui la produit soit bien connue. On a prétendu que cela dépendait des qualités de l'eau, mais rien n'est moins démontré. Aucun âge, aucun sexe, aucun tempérament n'en sont à l'abri; on l'a observée épidémique en automne et dans les hivers humides.

Symptômes. Les auteurs ont partagé la colite chronique en *diarrhée aiguë* et *diarrhée chronique*; nous la diviserons en légère et en intense, désignant ainsi les deux degrés extrêmes de l'affection, entre lesquels on peut supposer un nombre de nuances infini. La plus grande fréquence et la liquidité des déjections alvines en forment, dans tous les cas, les caractères principaux.

Dans la colite chronique légère, les évacuations sont peu fréquentes, elles se répètent cinq à six fois par jour seulement; la matière est jaune ou brune et demi-liquide; des douleurs obscures et des borborygmes précèdent chaque selle; du malaise et de la faiblesse en sont les suites; rarement elle s'accompagne de la perte de l'appétit.

Dans la colite chronique intense, les selles sont nombreuses et peuvent être portées jusqu'à quinze, vingt et plus, toutes les vingt-quatre heures; elles sont aussi beaucoup plus liquides et souvent involontaires; les douleurs qui les précèdent sont plus intenses, quelquefois même elles sont vives au point de produire des sueurs froides, des défaillances et une décomposition rapide des traits; des borborygmes et des tortillemens des intestins les accompagnent. Les matières excrétées produisent dans quelques cas un sentiment de cuisson à l'anus, mais ce n'est ordinairement qu'après s'être répétées plusieurs fois. La nature des selles est variable; d'abord, c'est un liquide épais et jaunâtre, mêlé de mucus et de bile; plus tard, c'est un mélange de mucus, de sérosité et de bile jaune ou verte, rendu écumeux par la présence de quelques gaz, etc.; l'odeur aussi varie. En peu de jours, et quelquefois même en vingt-quatre

heures, l'affaiblissement est considérable; le malade maigrit assez rapidement. Dès le début, la face pâlit, la peau se sèche et devient d'une sensibilité extrême à l'impression du froid; elle prend aussi de bonne heure l'aspect terreux dont nous avons parlé à l'occasion de la colite aiguë.

Il existe une forme de colite chronique qui est presque toujours méconnue; elle n'est pas accompagnée de diarrhée si le malade est très-sobre et vit surtout de laitages, de légumes et de viandes blanches; la diarrhée l'accompagne au contraire si le malade se nourrit de viandes et cherche à se fortifier par le bon vin. C'est dans le premier cas qu'elle est difficile à reconnaître; voici cependant quelques phénomènes qui jettent du jour sur le diagnostic. Le malade ressent dans un point fixe du trajet du colon, une douleur sourde, quelquefois assez vive, intermittente, irrégulière, qui survient tout-à-coup, et, après avoir duré plus ou moins de temps, disparaît subitement; il lui semble que quelque chose tombe ou se dénoue quand elle cesse. Tant qu'elle se fait sentir, les idées du malade sont tristes, il est abattu et éprouve une fatigue extrême dans les membres; et tout cela s'évanouit avec elle. Jamais elle ne se fait sentir dans la position horizontale; la pression ne la réveille pas; l'ingestion des alimens la calme; les lavemens émolliens et narcotiques produisent le même effet. Elle se manifeste surtout après la marche prolongée, lorsque le malade fléchit le corps en avant, ou lorsqu'il le courbe fortement en arrière. Le chagrin, les contrariétés, la colère, la font reparaître. Elle peut durer de longues années sans influer sur la nutrition si le malade est sobre; mais enfin l'amaigrissement commence, et quelquefois on découvre une tumeur dans la région douloureuse. Il est rare que l'ascite n'en soit pas la terminaison; elle finit presque toujours par entraîner le rétrécissement du colon.

On a créé un assez grand nombre de variétés de la colite chronique, en raison des diverses circonstances dont elle est

quelquefois accompagnée Ainsi, d'après la nature des selles, on a créé une *diarrhée stercorale*, dont le nom indique assez la nature ; on a appelé *muqueuse* celle dans laquelle les excrétions sont formées en totalité ou en grande partie par un mucus épais et gélatiniforme; on a nommé *séreuse* celle dont les selles ressemblent à de l'eau trouble et quelquefois limpide; *bilieuse*, celle qui consiste dans une évacuation abondante de bile par l'anus; *lientérique* celle dans laquelle les substances ingérées traversent le canal intestinal sans subir aucune élaboration; *laiteuse*, *graisseuse*, *purulente*, celles dont on a comparé les excrétions à du lait, de la graisse ou du pus; enfin *vermineuse*, celle dans laquelle des vers sont expulsés avec les autres matières. On a donné généralement le nom de *colliquative* à la diarrhée qui produit un épuisement rapide des malades, et qui survient ordinairement à la fin des affections chroniques graves. Ces distinctions sont en général d'assez peu d'importance : cependant on a remarqué que, toutes choses égales d'ailleurs, les diarrhées dites *muqueuse* et *séreuse* sont plus graves que les autres. Quant à la diarrhée *colliquative*, ce qui en fait le danger, c'est qu'elle survient chez des individus épuisés par une longue maladie, qui seule eût suffi pour les entraîner dans la tombe, et qu'alors elle ne fait que hâter la terminaison funeste, mais inévitable.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Cette phlegmasie peut exister pendant plusieurs années sans donner la mort, comme elle peut conduire à cette issue fatale en quelques jours; mais ces cas ne sont pas les plus ordinaires, surtout le dernier; car il est rare que la colite chronique compromette les jours des malades. Elle se termine presque toujours par résolution, celle qui est légère en deux ou trois jours ordinairement, et celle qui est intense en quinze, vingt ou trente. Lorsqu'elle se prolonge au-delà de ce terme, elle finit presque constamment par ulcérer la membrane muqueuse de l'intestin; elle peut même à la longue en déterminer la dégénérescence cancéreuse; et alors

l'épanchement de sérosité dans l'abdomen, connu sous le nom d'*hydropisie ascite*, en est fréquemment la conséquence. En général, le pronostic de cette phlegmasie est peu grave, et l'art parvient presque toujours à la guérir. Cependant, chez les vieillards très-avancés en âge et les enfans très-jeunes, elle est plus dangereuse qu'à toute autre époque de la vie. Les évacuations aqueuses et la diminution rapide de l'embonpoint et des forces sont surtout de mauvais signes. Chez les femmes enceintes, elle peut entraîner l'avortement. (*Mulieri in utero gerenti, si alvus multum fluxerit, periculum ne abortiat.* Hippocrate.)

Caractères anatomiques. A l'ouverture des cadavres, on trouve la membrane muqueuse de l'intestin colon, rouge, épaissie et ramollie. Quelquefois elle est ulcérée, perforée ou recouverte de plaques ou de végétations. Enfin, dans quelques cas, on l'a trouvée très-épaissie et convertie en une substance homogène, lardacée et cancéreuse; alors les membranes musculaire et péritonéale partagent son altération pathologique. Presque toujours alors il y a épanchement de sérosité dans la cavité abdominale.

Traitement. Il repose sur les mêmes bases que celui de la colite aiguë; la diète, les boissons et les lavemens mucilagineux et émolliens, et les applications de sangsues à l'anus, sont encore les principaux moyens qui le composent. Nous avons vu des colites chroniques céder après dix mois et un an de durée, à une seule application de quinze sangsues, vingt-quatre heures de diète et un peu d'eau de riz gommeuse. Quand cette affection est légère, il suffit souvent de diminuer les alimens et de faire un choix parmi eux; de prescrire, par exemple, l'usage exclusif des œufs frais, du riz, des fécules, etc.; et de joindre à ce régime, l'eau de riz, la décoction blanche de Sydenham, les solutions de gomme arabique édulcorées avec les sirops de gomme, de coings, ou de grande consoude, pour boisson habituelle : il suffit, disons-nous, de ces moyens pour en obtenir la cessation rapide. Mais quand elle est intense, les

saignées locales sont indispensables, et la diète doit être absolue. Dans les colites anciennes et rebelles, on seconde avec avantage l'emploi des moyens cités, par celui des frictions sèches et aromatiques, des bains de baignoire et de vapeur, des vêtemens de flanelle, des ventouses sèches sur le trajet du colon ou à la partie interne et supérieure des cuisses et au périnée chez l'homme; enfin par l'application d'un large vésicatoire sur l'abdomen. Cette dernière médication n'a pas, dans la colite chronique et peu intense, les inconvéniens que nous lui avons reconnus dans la colite aiguë; cependant elle exige encore beaucoup de circonspection. Enfin l'opium, les potions laudanisées, et surtout les lavemens avec addition de cinq à six gouttes de laudanum ou avec l'amidon, réussissent souvent contre les diarrhées légères. Nous avons employé avec succès les lavemens d'eau de Goulard laudanisée. Les cataplasmes de riz sur l'abdomen, ceux de graine de lin, arrosés de laudanum, sont aussi très-utiles.

Certains remèdes astringens et aromatiques, tels que les décoctions de cachou, de simarouba, de quinquina, de bistorte, de tormentille, de cascarille, la canelle, la thériaque, le diascordium, la confection hyacinthe, etc., comptent d'assez nombreux succès dans cette phlegmasie; mais plus souvent encore ils ont exaspéré la maladie qu'ils étaient appelés à détruire. Il serait de la plus grande utilité de pouvoir déterminer les circonstances dans lesquelles ces moyens sont efficaces, et celles dans lesquelles ils sont nuisibles; malheureusement ce travail n'a pas encore été fait, et la même incertitude règne sur ce point en théorie et en pratique. Tout praticien prudent ne doit donc en tenter l'emploi qu'après s'être convaincu de l'inutilité des moyens rationnels, et les cesser aussitôt qu'il en reconnaît l'insuffisance et le danger. Il en usera de même à l'égard des vomitifs et des purgatifs; ceux-ci surtout sont les plus dangereux dans cette maladie.

Il n'est pas rare d'observer dans la convalescence de la plu-

part des maladies aiguës, une espèce de diarrhée qui réclame une médication particulière. Voici d'abord en quoi elle consiste. Le convalescent se plaint d'aller quatre à cinq fois à la garde-robe dans le cours de la journée, sans douleurs et sans coliques; les selles sont à demi consistantes; ses forces ne se réparent pas; si on l'interroge, on ne tarde pas à s'apercevoir que le nombre des selles est égal à celui des repas, et qu'elles ont lieu une couple d'heures ordinairement après l'ingestion des alimens. On fait promptement cesser cette diarrhée, qui paraît être due à ce que les alimens ne séjournent pas assez long-temps dans l'estomac, et deviennent, par leur défaut d'élaboration, irritans pour les intestins, en faisant prendre, immédiatement après le repas, une dose modérée de vin pur et généreux, tel que la plupart des vins d'Espagne et celui de Bordeaux.

La diarrhée des enfans dépend ou de la mauvaise qualité du lait de la nourrice, ou d'un sevrage trop brusque; ou bien elle est sympathique des douleurs de la dentition. Dans le premier cas, il faut changer la nourrice; dans le second, rendre le sein à l'enfant, et ne revenir ensuite aux alimens que par une gradation bien ménagée; dans le troisième enfin, employer la diète, les boissons gommeuses, les opiacés et quelquefois les saignées locales. Il ne faut pas, parce qu'on a prononcé qu'une diarrhée est sympathique de la dentition, se croire dispensé de la combattre; tant qu'elle est légère on doit ne pas s'en occuper; mais lorsqu'elle a un certain degré d'intensité, il faut se rappeler que pour être sympathique, une irritation n'en est pas moins réelle, et l'attaquer en conséquence. Cependant, lorsque le travail de la dentition est douloureux, il irrite sympathiquement l'encéphale ou les voies digestives chez la plupart des enfans, et provoque des convulsions ou la diarrhée. S'il n'agit pas sur l'une de ces parties, il agit sur l'autre, d'une manière en quelque sorte nécessaire, parce qu'un point violemment douloureux associe toujours

quelque organe à sa souffrance. En arrêtant tout-à-coup une diarrhée sympathique de la dentition, on peut donc craindre de la voir subitement remplacée par l'irritation de l'encéphale. C'est en effet ce qui arrive, et la plupart des mères savent bien nous dire, qu'il ne faut pas arrêter le *dévoiement* de leurs enfans lorsqu'ils font des dents, sous peine de les voir pris de convulsions. On doit donc en général se borner à diminuer cette diarrhée, à la maintenir dans de justes limites, et ne la combattre énergiquement que lorsque, par sa violence ou sa continuité, elle compromet l'existence des petits malades.

Il est quelques diarrhées contre lesquelles il est inutile de rien tenter, telles sont la plupart des *diarrhées colliquatives* accompagnant les phlegmasies chroniques de la poitrine; non pas qu'elles soient salutaires, car, par l'émaciation et l'affaiblissement extrêmes et rapides qu'elles produisent, elles précipitent la fin du malade, mais parce qu'aussitôt qu'on les arrête, les accidens pectoraux, surtout la dyspnée, augmentent au point souvent de menacer les malades de suffocation; presque tous préfèrent conserver leur diarrhée. Il faut se borner à la maintenir dans de justes bornes par une alimentation légère et quelques lavemens opiacés. La diarrhée séreuse qui survient tout-à-coup dans quelques hydropisies en est souvent le moyen de guérison; il est presque superflu d'ajouter qu'on doit la respecter.

Colite intermittente.

Cette affection est assez rare; cependant nous avons pu en observer cinq à six exemples. On en lit quelques observations dans les auteurs (1), sous les noms de *dysenterie* ou *diarrhée*

(1) Morton, *Opera medica*, hist. 4. — Lauter, *Historia biennalis*, casus 20 et 21. — Torti, *Therap. special.*, lib. III, c. 1, hist. 7. — Picqué, *Journal de Médecine*, tom. XLII, an 1774. — Desruelles, *Journal universel des Sciences médicales*, tom. XV.

intermittente ou *rémittente*, *fièvre intermittente atrabilaire*, *colite intermittente*. C'est la phlegmasie intermittente plus ou moins intense de la membrane muqueuse de l'intestin colon.

Causes. Toutes celles de la colite continue agissent par intervalles. Les purgatifs violens et administrés à contre-temps, et surtout lorsqu'il existe déjà quelques signes de colite légère, en sont la cause la plus ordinaire.

Symptômes. Ils sont les mêmes que ceux de la colite continue; chaque accès est ordinairement précédé de frisson, accompagné de chaleur, et suivi de sueur, mais cela n'est pas constant. Pendant sa durée, des selles plus ou moins fréquentes, plus ou moins douloureuses, accompagnées d'une plus ou moins grande anxiété, quelquefois de lipothymie et de refroidissesement des extrémités, suivant qu'il est plus ou moins intense, en sont les principaux symptômes. Dans l'intervalle des accès, le calme est quelquefois complet; d'autres fois la diarrhée persiste, mais à un bien moindre degré que dans l'accès, c'est alors qu'on nomme la maladie *rémittente*.

Marche, durée, terminaison et *pronostic*. On l'a observée sous les types *quotidien*, *tierce*, *quarte*, etc.; les accès durent depuis quelques heures jusqu'à vingt-quatre. Elle se termine ordinairement par la résolution, quelquefois par la mort pendant l'accès. Son pronostic repose sur les mêmes bases que celui de toutes les irritations intermittentes, c'est-à-dire sur la force, la durée, et la distance des accès.

Caractères anatomiques. On ne connaît pas d'ouvertures de cadavres faites à la suite de cette affection. A en juger par les symptômes, il est probable qu'on trouverait les mêmes désordres qu'après les colites continues.

Traitement. Pendant les accès, il ne diffère en rien de celui des colites continues, nous renvoyons en conséquence à ce que nous avons dit à cet égard. Pendant l'apyrexie, il consiste dans l'administration du quinquina, de ses diverses préparations, ou de ses succédanés, ou de quelques autres moyens que nous

exposerons avec détail, en traitant de la gastro-entérite intermittente.

De la gastro-entérite (1).

On nomme *gastro-entérite*, la phlegmasie de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins grêles. Comme la plupart des précédentes, on l'observe sous les formes *aiguë*, *chronique*, *continue* et *intermittente*.

Gastro-entérite aiguë continue.

De toutes les inflammations qui affligent l'espèce humaine, la gastro-entérite aiguë est la plus fréquente, et cependant une de celles qui est restée le plus long-temps méconnue. On peut affirmer que sur cent malades atteints d'affections aiguës, il y en a toujours au moins soixante affectés de cette phlegmasie, seule ou compliquant celles d'autres organes. Ses causes nombreuses, ses symptômes variés, les formes multipliées sous lesquelles elle s'offre à l'observateur, son alliance fréquente avec la phlegmasie des autres organes et de quelques-uns en particulier, les traces diverses qu'elle laisse sur les cadavres, enfin les longues discussions auxquelles elle a donné lieu dans ces derniers temps, en rendent l'histoire intéressante, mais longue et difficile à tracer ; nous essaierons toutefois de ne rien omettre.

Causes. Tous les âges, les deux sexes, et tous les tempéramens, sont à peu près également disposés à la contracter ; seulement ces circonstances et quelques autres que nous indiquerons, lui impriment quelques modifications que nous ferons connaître. La chaleur atmosphérique, accompagnée surtout d'humidité, l'insolation, l'abus des bains chauds et

(1) Consultez Boisseau, *Pyrétologie physiologique*, etc., 1 vol. in-8° ; 3e édition. — Rayer, article *Gastro-Entérite* du *Dictionnaire de Médecine* en 18 volumes. — Goupil, *ouvrage déjà cité*.

principalement de ceux de vapeur; le séjour habituel dans un air chaud et non renouvelé, au milieu des émanations des hôpitaux, des camps, des prisons, des vaisseaux, des villes malpropres, dans tous les grands rassemblemens d'individus, auprès des marécages et des eaux stagnantes; l'abus des vins généreux, des liqueurs alcooliques; les excès de table; l'usage d'alimens âcres, salés, fumés, épicés, de digestion difficile ou de mauvaise nature; la suppression brusque d'un exanthème, d'un exutoire ou d'une hémorrhagie habituelle; les exercices violens, les études forcées, les veilles prolongées, les passions tristes, enfin les emportemens de colère, en sont les causes prédisposantes les plus ordinaires, et souvent les causes occasionelles. Les suivantes la produisent plus promptement, la plupart d'entre elles la font même naître nécessairement, et quelques-unes d'une manière instantanée. Ce sont: l'administration intempestive des vomitifs, des purgatifs et des autres médicamens irritans; l'ingestion de substances vénéneuses ou d'alimens ayant subi un commencement de fermentation putride; une boisson glacée lorsque le corps est en sueur, ou quand la soif est brûlante, ou bien immédiatement après un violent accès de colère; les miasmes provenant de substances animales en putréfaction, ou s'échappant des corps des individus atteints déjà de gastro-entérites intenses, et resserrés dans des espaces étroits; l'action combinée de ces deux espèces de miasmes; certains agens répandus dans l'atmosphère et dont la nature est inconnue; les phlegmasies vives de la peau, du tissu cellulaire, des muscles et des articulations; les brûlures étendues, les éruptions cutanées accompagnées de beaucoup d'irritation, les dartres étendues et douloureuses, le charbon, l'anthrax, la pustule maligne, les fractures des membres accompagnées de beaucoup de désordre, les luxations des grosses articulations avec déchirement ou rupture de ligamens, de capsules, etc.; les dilacérations, enfin les grandes plaies et les opérations graves des membres. Direc-

tement ou par la voie des sympathies, toutes ces causes exercent une action irritante sur la membrane muqueuse des voies digestives.

Symptômes, *marche*, *diagnostic*, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Suivant que l'une ou plusieurs des causes que nous venons d'énumérer agissent avec plus ou moins d'intensité, que les individus sont plus ou moins irritables, qu'ils sont sanguins ou lymphatiques, que la gastro-entérite est simple ou compliquée; les symptômes sont plus ou moins nombreux, variés et intenses. De là des différences infinies dans les aspects sous lesquels la gastro-entérite se présente à l'observation, différences telles, que souvent elles en imposent aux observateurs superficiels pour des maladies tout-à-fait opposées, et que la plupart ont été décrites par les auteurs sous des noms différens et comme autant d'affections séparées. Il devient donc indispensable, pour rendre possible l'intelligence de ces écrivains et des médecins qui parlent encore aujourd'hui leur langage, que nous décrivions séparément la plupart des formes de la gastro-entérite dont ils ont fait autant de maladies.

Gastro-entérite de moyenne intensité chez un sujet pléthorique. On a fait une maladie particulière de l'inflammation gastro-intestinale légère, attaquant les individus sanguins et pléthoriques, et présentant les symptômes suivans : perte d'appétit, soif, chaleur, quelquefois pesanteur et plus rarement douleur à l'épigastre, langue rouge aux bords et à la pointe, et blanche à son centre; pouls plein et fréquent, peau chaude et halitueuse, rougeur et turgescence de la face, coloration des pommettes, injection des yeux, battement des artères temporales, céphalalgie obtuse, lassitudes spontanées, urines rouges et déposant en grande abondance un sédiment briqueté.

Ce groupe de symptômes a reçu les noms de *fièvre inflammatoire*, *synoque*, *éphémère*, quand elle ne dure qu'un jour, de *continente*, et d'*angioténique*. Il est le plus ordinairement produit par l'abus des vins généreux, une alimentation trop

copieuse ou trop substantielle, le froid vif et sec, les bains trop chauds et la suppression d'une hémorrhagie ou d'une saignée habituelle. On ne l'observe que sur des adultes et des individus pléthoriques. Comme il n'annonce qu'une phlegmasie légère des voies digestives, le pronostic en est peu grave. Souvent une hémorrhagie nasale spontanée en amène la guérison.

Gastro-entérite aiguë avec supersécrétion bilieuse. Gastro-duodénite. Épigastre brûlant, souvent douloureux et tendu, rougeur de la langue à ses bords et à sa pointe, enduit jaunâtre au centre, perte d'appétit, dégoût, amertume de la bouche, soif vive, désir des boissons froides et acidules, nausées, vomissemens de bile jaune ou verte, constipation, pouls petit, serré, fréquent et dur, couleur jaune de la face et surtout des conjonctives, des ailes du nez et du pourtour des lèvres, quelquefois ictère général, céphalalgie sus-orbitaire, douleurs contusives dans les membres; tels sont les symptômes de cette forme de la gastro-entérite.

On a désigné ce groupe de symptômes, par les noms de *fièvre gastrique, ardente, mésentérique, cholérique, bilieuse, méningo-gastrique.* On l'observe principalement dans les contrées et les saisons chaudes, sur les individus bruns, secs, adonnés aux liqueurs spiritueuses et usant de préférence d'alimens âcres, salés, épicés, et de viandes de haut goût. Aucun pays, aucune saison, aucun individu, n'en sont cependant à l'abri. Ordinairement sporadique, quelquefois épidémique, il n'est jamais suivi de la mort qu'après avoir été remplacé par l'un des groupes de symptômes auxquels on a donné les noms de *fièvres adynamique* et *ataxique*, ou bien lorsqu'il s'est prolongé sous forme chronique. C'est dire qu'il n'indique qu'une phlegmasie gastro-intestinale de moyenne intensité; elle est bornée à l'estomac et au duodénum, et provoque l'irritation sympathique du foie.

Gastro-entéro-colite très-intense, avec supersécrétion bilieuse, déterminée par la chaleur excessive jointe à l'humidité,

ou par les purgatifs salins ou par les poisons âcres. On reconnaît cette forme de la gastro-entérite aux symptômes suivans : douleurs vives, intolérables, à l'épigastre, et souvent dans toute la région abdominale; vomissemens abondans, d'abord de mucosités et d'alimens non digérés, ensuite de matières brunes, noirâtres, vertes, porracées; selles de même nature; éructations, nausées et flatuosités par le bas dans l'intervalle des vomissemens; soif dévorante, et cependant impossibilité d'ingérer la plus petite quantité des boissons les plus douces, sans qu'elles soient immédiatement rejetées par le vomissement; désir des boissons glacées, horreur des alimens, et chaleur brûlante de la peau. Quelquefois les contractions du cœur sont enchaînées par la douleur, et le pouls alors, quoique petit, paraît dans son rhythme naturel, mais le plus ordinairement il est fréquent, petit, serré, dur, parfois irrégulier, intermittent. La respiration est courte et suspirieuse, il survient des hoquets, la face est d'abord animée, et bientôt décomposée, pâle et couverte d'une sueur froide; l'anxiété est extrême, la prostration considérable, et le malade éprouve des crampes excessivement douloureuses dans les membres.

Tel est le *cholera morbus* des auteurs. C'est bien évidemment une inflammation de la membrane gastro-intestinale dans toute son étendue. Le foie participe toujours dans cette phlegmasie à l'irritation des voies digestives; mais l'excitation de cet organe est subordonnée à celle-ci, dont elle est toujours sympathique, et ne devient que rarement la source de quelque indication spéciale. Cette phlegmasie se montre rarement dans nos climats; mais elle est souvent épidémique dans les contrées très-chaudes et pendant l'été, comme dans l'Inde. Elle se termine promptement par la résolution ou par la mort. Le pronostic en est toujours très-grave.

Gastro-entérite avec sécrétion abondante de mucosités. Cette forme de la gastro-entérite offre les symptômes suivans : sentiment de pesanteur et de tuméfaction a l'épigastre, sensibilité

de l'abdomen à la pression, perte d'appétit, goût aigre, fade et pâteux de la bouche; langue recouverte d'un enduit grisâtre, blanc et limoneux, et un peu rouge sur ses bords et à la pointe; aphthes dans la bouche, soif modérée, rapports acides et nidoreux, haleine fétide, coliques passagères, quelquefois suivies de selles muqueuses, et contenant parfois des vers intestinaux; diarrhée si la phlegmasie s'étend jusqu'à l'intestin colon (*gastro-entéro-colite*); pouls faible, petit et fréquent, quelquefois lent; chaleur peu intense de la peau, sueurs rares, ordinairement acides; pâleur générale, faiblesse, abattement, douleurs vagues dans les membres, urine épaisse, trouble, blanche ou rougeâtre, avec sédiment grisâtre ou briqueté.

A ces symptômes, il s'en joint très-souvent de *pneumonite*, tels que pouls plein, dyspnée, toux, expectoration abondante, son mat de la poitrine et sueurs de cette région (*gastro-entéro-pneumonite*); et de *coryza*, tels que prurit des narines, douleur à la racine du nez, écoulement de mucosités par les narines, succédant à la sécheresse des fosses nasales; éternumens fréquens et larmoiement. Il y a alors complications de ces phlegmasies.

Telle est la fièvre *mésentérique*, *pituiteuse* ou *séreuse*, *lente nerveuse*, *glutineuse*, *muqueuse*, *adéno-méningée*, des auteurs, et la fièvre *vermineuse*, lorsqu'il y a expulsion de vers intestinaux, ce qui est assez fréquent chez les enfans. Elle se développe ordinairement dans les contrées, les saisons et les lieux humides, et attaque surtout les hommes mous et lymphatiques. Ses causes les plus ordinaires sont, le froid humide, la malpropreté, l'usage des mauvais alimens, l'abus des farineux, les fruits acides et non mûrs, les eaux bourbeuses pour boisson habituelle. La durée de cette nuance de la phlegmasie des voies digestives est toujours assez longue; aussi désorganise-t-elle fréquemment le tissu qu'elle occupe, et la mort en est plus souvent la suite que ne semblerait devoir le faire supposer son peu d'intensité. Une cause qui contribue encore

à sa gravité, c'est sa complication fréquente avec la pneumonite.

Gastro-entérite très-intense. Lorsque la gastro-entérite atteint un haut degré d'intensité, soit qu'elle ait débuté par l'une des formes précédentes, soit qu'en raison de l'énergie des causes, elle soit grave dès le commencement; elle présente ordinairement les symptômes suivans : épigastre brûlant et quelquefois douloureux à la pression, souvent insensible; dégoûts, horreur des alimens, et surtout des substances animales; répugnance extrême pour les boissons fortes, désir des boissons froides et acidules ou de l'eau pure, soif inextinguible, langue sèche, noire, racornie, fuligineuse; lèvres, gencives et dents recouvertes aussi de fuliginosités; nausées, vomissemens, constipation, si l'inflammation ne dépasse pas les intestins grêles; diarrhée, si elle atteint le colon (*gastro-entéro-colite*), et souvent alors excrétion involontaire des matières fécales; pouls d'une fréquence extrême, chaleur âcre et sécheresse de la peau, odeur fétide de tout le corps, surtout dans les cas rares où il y a un peu de moiteur; face profondément altérée, céphalalgie obtuse, délire tranquille, somnolence, décubitus sur le dos, prostration extrême des forces, urines rares, rouges, brûlantes, quelquefois entièrement retenues et ne s'échappant plus que par regorgement; d'autre fois émission involontaire de ce liquide.

Ce groupe de symptômes a été nommé par les auteurs *fièvre putride*, *fièvre adynamique*. Personne ne doute aujourd'hui qu'il n'appartienne à une gastro-entérite intense. Il succède souvent aux groupes de symptômes appelés *fièvre inflammatoire*, *bilieuse* et *muqueuse*, surtout lorsqu'on a cherché à les faire disparaître par des médicamens incendiaires. Cela se conçoit, puisque ceux-ci ne sont qu'un degré moindre de la phlegmasie dont celui-là est le *summum*. Toutes les causes que nous avons assignées à la gastro-entérite sont par conséquent les siennes. Dans les hôpitaux, les camps, les prisons, enfin

dans tous les lieux où des individus sont rassemblés en grand nombre, et où l'air est vicié, cette forme de la phlegmasie gastro-intestinale règne quelquefois épidémiquement : on l'observe assez fréquemment sporadique ; elle est toujours grave. Toutefois, elle est devenue beaucoup plus rare et moins dangereuse, depuis que sa nature est enfin connue.

M. Scoutetten a communiqué tout récemment à l'Académie de médecine un mémoire dans lequel il cherche à prouver par de nombreuses expériences sur les animaux et par des recherches d'anatomie pathologique, que les formes *inflammatoire* et *bilieuse* de la gastro-entérite dépendent de l'inflammation des villosités de la membrane muqueuse, tandis que la forme dite *muqueuse* correspond à l'inflammation de ses follicules, enfin que la forme dite *adynamique* est l'effet de l'inflammation forte et simultanée des villosités et des follicules. Ces opinions et les faits qui les étayent méritent toute l'attention des pathologistes.

Gastro-entérite très-intense avec phénomènes cérébraux. Cette nuance offre les symptômes du groupe précédent avec les différences suivantes : pouls vif en même temps que très-fréquent ; langue sèche, fendillée, tremblante, et quelquefois rouge comme si elle eût été trempée dans le sang ; yeux vifs, étincelans ; violente céphalalgie, exaltation ou diminution de la sensibilité des sens, délire agité et parfois furieux, cris, vociférations, insomnie, agitation continuelle, soubresauts dans les tendons, flexion avec raideur des avant-bras sur les bras. Ces symptômes annoncent la complication d'une irritation cérébrale avec l'inflammation gastro-intestinale.

C'est la *fièvre maligne*, *nerveuse*, *putride maligne*, *cérébrale*, *ataxique*, des auteurs. Dans cette forme de la gastro-entérite, l'irritation cérébrale est sympathique, et il suffit souvent, pour la faire cesser, de combattre et de détruire la phlegmasie gastro-intestinale ; mais souvent aussi il faut l'attaquer directement. Cette phlegmasie se développe dans les

mêmes circonstances et par les mêmes causes que la précédente; mais on l'observe surtout chez les femmes, les enfans, et tous les individus dont les sympathies entre l'estomac et l'encéphale sont très-actives, et qui surtout ont cette dernière partie très-irritable; enfin, on l'observe encore, lorsque l'inflammation gastro-intestinale est excessivement douloureuse, comme il arrive lorsqu'elle est produite par l'ingestion d'un poison corrosif, ou bien lorsque ce poison, par sa nature, surtout s'il est narcotique, agit en même temps sur les voies digestives et le système nerveux. Dans ce dernier cas, il est vrai, la phlegmasie de l'encéphale cesse d'être sympathique; elle complique celle des voies digestives. Cette phlegmasie se termine par la résolution, le passage à l'état chronique ou la mort: elle est toujours grave.

Chez les enfans, il n'est même pas nécessaire que la gastro-entérite soit intense pour qu'elle s'accompagne de phénomènes cérébraux assez graves, tels que l'assoupissement, le coma, le grincement des dents, le renversement du globe de l'œil sous la voûte de l'orbite, les soubresauts des tendons, et même les mouvemens convulsifs. Une indigestion suffit même, à cet âge, pour produire ces symptômes. Il est alors difficile de savoir laquelle, de l'encéphalite ou de la gastro-entérite, est la principale. Si la chaleur de la peau est intense, le pouls très-fréquent, la soif vive, la langue très-rouge et l'épigastre douloureux, et si surtout ces symptômes ont eu l'initiative, il est très-probable que ceux de l'encéphale sont sympathiques, *et vice versâ*. Il est un moyen d'investigation qui jette souvent le plus grand jour sur le vrai siége du mal, c'est la pression épigastrique. Si cette région est douloureuse, on voit, au moment où on exerce cette compression, tous les symptômes cérébraux se réveiller, s'ils étaient assoupis, ou s'exalter, s'ils existent encore; nul doute alors que la phlegmasie gastro-intestinale ne soit le principal mobile du désordre. S'il reste quelque incertitude, on combat les deux irritations comme nous le dirons à l'article du traitement.

Gastro-entérite des pays chauds, avec ictère et hémorrhagie par les surfaces enflammées, souvent compliquée de néphrite, quelquefois d'arachnoïdite, et produite par la double influence d'un principe d'infection ou de contagion et de la chaleur. Gastro-entérite hémorrhagique et ictérique. Les symptômes les plus graves accompagnent cette forme de la gastro-entérite, tels sont : épigastre successivement tendu, chargé d'un poids et douloureux ; perte d'appétit, soif vive et brûlante, langue plus ou moins chargée, rouge à ses bords, quelquefois brune et sèche au milieu, ou rouge et sèche en totalité ; nausées, vomissemens de matières jaunes, verdâtres, de couleur rousse, puis semblables à du marc de café et enfin tout-à-fait noires, excités souvent par les moindres mouvemens que fait le malade, ou par la plus petite quantité de boissons qu'il ingère ; chaleur brûlante de la gorge, de l'œsophage et de l'estomac ; constipation ou diarrhée, suivant que le colon participe ou non à l'inflammation des autres portions du conduit digestif ; hémorrhagies par le nez, la bouche, l'œsophage ou l'anus, et dans quelques cas rares, par la peau, les paupières, et dans l'intervalle des muscles ; chaleur vive, sèche et âcre de la peau ; visage d'abord rouge et luisant, conjonctives injectées, yeux brillans et secs ou humides, et plus tard, jaunisse de toutes ces parties et de la peau de tout le reste du corps ; respiration libre et facile si l'inflammation de l'estomac est peu intense, petite et fréquente si cette inflammation est très-vive ; céphalalgie frontale, brisement des membres, anxiété extrême, agitation continuelle, insomnie et quelquefois assoupissement ; douleurs des lombes, urines rares et rouges. Ces symptômes sont presque toujours partagés en deux périodes distinctes. Dans la première, il n'y a pas encore de vomissemens noirs ; elle dure trois à quatre jours ; les symptômes semblent s'apaiser, et le malade croit à sa guérison prochaine, lorsque tout-à-coup les accidens se réveillent, les vomissemens reparaissent et sont immédiatement formés de sang noir. Ce

calme, qui sépare les deux périodes, nous semble avoir été rapporté à sa véritable cause par M. Scoutetten, lorsqu'il l'a attribué à la diminution de l'inflammation gastro-intestinale, diminution produite par l'hémorrhagie. Mais l'hémorrhagie cesse, la phlegmasie se ranime, et avec elle les vomissemens, qui sont nécessairement cette fois de couleur noire (1).

Tous les individus atteints de cette violente phlegmasie ne présentent pas nécessairement tous les symptômes ci-dessus énumérés. (Cette remarque s'applique également aux groupes que nous avons précédemment tracés.) Il n'est pas rare, par exemple, d'en observer quelques-uns qui n'ont pas de jaunisse ni de vomissemens noirs, et alors leur gastro-entérite diffère à peine de celle de nos climats. D'autres, au contraire, offrent quelques symptômes particuliers : ainsi la douleur des lombes devient souvent intolérable, les urines sont très-rares, brûlantes et rouges, quelquefois même elles sont presque supprimées; dans ce cas, il existe complication de *néphrite* avec la gastro-entérite. Quelquefois la céphalalgie est atroce; le malade délire; il y a des soubresauts des tendons et des rétractions convulsives des membres, surtout supérieurs; alors la gastro-entérite est compliquée d'*arachnoïdite* ou, plus rarement, de *cérébrite*. Ce sont là les complications ordinaires de cette phlegmasie; la première est très-fréquente, la seconde l'est beaucoup moins, la troisième encore davantage. Mais, simple comme compliquée, les auteurs l'ont toujours décrite sous le nom de *fièvre jaune*; on ne doit donc pas s'étonner s'ils n'ont jamais pu être d'accord sur sa nature.

Cette phlegmasie règne le plus ordinairement d'une manière épidémique; elle est endémique aux Antilles, sévit particulièrement sur les individus non acclimatés, et peut naître chez eux par la seule influence de la chaleur. Lorsqu'elle est épidémique,

(1) Voyez *Annales de la Médecine physiologique*, juillet 1824, pag. 60 et suivantes.

elle attaque indistinctement tous les individus; un principe d'infection, et quelquefois, mais rarement, de contagion, joint alors son action à celle de la température. Le voisinage de la mer est une des conditions les plus favorables à son développement; on ne la voit presque jamais se propager dans l'intérieur des terres, et lorsque cela arrive, elle s'y éteint presque aussitôt.

Est-elle transportable, au moyen d'un miasme, à de grandes distances? Est-elle communicable par contagion? Ces questions ne sont pas encore complètement résolues; l'opinion la plus plausible est: 1° qu'elle naît par infection dans les ports de mer, sous l'influence de la chaleur et des miasmes résultant de la décomposition de matières en putréfaction; 2° qu'elle se développe de la même manière et par les mêmes causes dans les vaisseaux dont la cale contient de l'eau et des matières putrescibles; 3° qu'elle se communique très-rarement par contagion d'individu à individu; 4° que les miasmes qui la produisent peuvent imprégner certains corps, tels que la laine, la soie, etc., et sont par conséquent susceptibles d'être ainsi transportés à de grandes distances, si ces corps sont privés du contact de l'air; 5° que ces corps ainsi imprégnés, au moment où on les met à l'air pour la première fois et lorsqu'ils sont encore saturés, pour ainsi dire, de ces miasmes, peuvent faire naître la maladie chez les individus qui respirent les gaz qui s'en dégagent, 6° que l'exposition au grand air et la ventilation des marchandises soupçonnées d'infection suffirait pour les assainir, et préviendrait plus efficacement leurs mauvais effets que les quarantaines; 7° que les miasmes qui la provoquent ne sont pas transportables par les individus; 8° que par conséquent les quarantaines, les lazarets et les cordons sanitaires sont inutiles pour les individus, et pourraient être facilement remplacés pour les marchandises par des pratiques hygiéniques, telles que les lotions avec les chlorures d'oxide de sodium de Labarraque étendus d'eau, lorsque ces marchandises n'en peuvent recevoir aucun dommage, la vaporisation spontanée de ces mêmes

chlorures en dissolution, l'aération, la ventilation, etc., telle est du moins notre opinion sur ces importantes matières (1).

Cette forme de gastro-entérite se termine en peu de jours par la résolution ou la mort : elle est toujours très-grave.

Gastro-entéro-encéphalite miasmatique, presque toujours accompagnée d'éruption cutanée. Tous les auteurs qui ont traité de l'affection que nous allons décrire, en ont partagé la durée en périodes. Sans attacher aucune importance à ces divisions artificielles, tellement arbitraires que celles d'un auteur sont rarement celles d'un autre, si peu vraies qu'on ne les retrouve jamais au lit du malade tranchées et se succédant comme dans les livres, nous nous en servirons cependant pour nous faciliter l'exposé des symptômes.

Première période. Les symptômes de cette période sont : pesanteur et serrement à la région épigastrique, soif, perte d'appétit, alternatives de frissons et de bouffées de chaleur, pouls fréquent et plein, tristesse, insouciance, tremblement des mains, vertiges, douleurs dans les membres, sommeil inquiet et agité.

Deuxième période. On observe dans celle-ci : nausées, vomissemens, soif vive, désir des boissons froides et acidules, chaleur halitueuse de la peau, appétit et épigastre comme dans la première période, yeux brillans, injectés ; céphalalgie très-vive, abattement, découragement, indifférence, sentiment d'ivresse, répugnance invincible au mouvement, tintemens et bourdonnemens d'oreilles, assoupissement.

Les symptômes de la *troisième période* sont : coliques, météorisme, selles fréquentes, liquides et fétides; langue sèche,

(1) Voyez *Recherches sur la contagion de la fièvre jaune*, etc., par MM. Bouneau et Eug. Sulpicy. Paris, 1823. — Costa, *De la non contagion de la fièvre jaune*, etc., in-8°. Paris, 1826. — Chervin, *Examen des principes de l'administration en matière sanitaire.* Paris, juillet, 1827. — Coutanceau, *Rapport fait au nom d'une commission à l'Académie de Médecine sur les documens de M. Chervin*, etc. in-4°. Paris, 1827.

noirâtre et raccourcie, déglutition difficile, cavités nasales obstruées par du mucus ou du sang desséché, chaleur âcre et sécheresse de la peau, pouls petit et fréquent, plus les symptômes gastriques des première et deuxième périodes; et pour les symptômes cérébraux, stupeur, vertiges, obscurcissement de la vue, surdité, difficulté à s'exprimer, réponses lentes quoique justes, délire taciturne et obscur, rêvasseries sans sommeil, idée fixe et dominante sur laquelle roule ordinairement le délire, gesticulations.

Enfin, dans la *quatrième période* il existe : ardeur brûlante d'entrailles, sensibilité abdominale à la pression, pouls extrêmement accéléré, et de plus, les symptômes gastriques précédens et les cérébraux suivans : tête brûlante, soubresauts des tendons, crampes, convulsions et délire furieux.

Affaissement générale, agonie, mort.

Vers le troisième ou quatrième jour, il se fait à la peau, et spécialement à la poitrine, au dos, au haut des bras et des cuisses, une éruption de pétéchies semblables à des morsures de puces, ou de petites pustules miliaires, qui disparaissent après trois, quatre ou cinq jours, et sont suivies de la desquamation de l'épiderme, ou ne laissent aucunes traces. Souvent les parotides s'engorgent, s'enflamment et suppurent vers la fin de la maladie; toujours les symptômes s'affaiblissent beaucoup lorsque le gonflement de ces glandes commence, souvent même ils disparaissent graduellement à mesure que la phlegmasie parotidienne, qu'on nomme alors *critique*, parcourt ses périodes; mais souvent aussi ils se raniment avec une nouvelle force, lorsque cette inflammation parvient à son plus haut degré d'intensité.

Tels sont les phénomènes morbides à la réunion desquels on a donné les noms de *typhus*, *fièvre pétéchiale*, *fièvre pourprée*. Il est facile de voir qu'ils dépendent de l'inflammation de la membrane muqueuse des voies digestives et de l'*encéphale*, et c'est ce que l'ouverture des cadavres confirme. Assez souvent, la phlegmasie des voies aériennes vient compliquer cette double

inflammation, et alors la toux, la gène de la respiration, la rougeur des pommettes, l'expectoration de crachats muqueux et sanguinolens, se joignent à la double série des symptômes que nous avons énumérés. Enfin il arrive aussi quelquefois que la plèvre participe à l'état inflammatoire, ce qui augmente encore le nombre et la variété des phénomènes morbides, l'incertitude et l'embarras des observateurs peu familiers avec la véritable analyse médicale, et c'est ce qui nous a valu toutes les divagations publiées sur cette maladie.

L'ordre dans lequel nous avons relaté les symptômes du *typhus* est loin d'être constant, comme nous l'avons déjà dit; aussi les auteurs qui ont voulu présenter cet ordre comme le type de cette affection ont-ils été forcés de créer un *typhus irrégulier*. Mais n'est-il pas évident que la marche et l'enchaînement des symptômes doivent varier, suivant que l'invasion est lente ou brusque, la phlegmasie de l'*encéphale* ou celle des voies gastriques prédominante; qu'il existe ou non une phlegmasie concomitante du poumon ou de la plèvre; enfin par une foule de circonstances dont on n'a pas su tenir compte. Or, la lecture attentive des observations de prétendu *typhus irrégulier* apprend bientôt que c'est en effet à quelque circonstance de ce genre qu'est due l'irrégularité qu'on lui suppose. Nous n'admettrons donc pas cette distinction sans fondement et inutile.

A l'ouverture des cadavres des individus morts de *typhus*, on a trouvé les voies digestives, les méninges et le cerveau enflammés dans un très-grand nombre de cas. Il est très-probable, qu'aujourd'hui que l'on sait mieux reconnaître l'inflammation de ces organes, on rencontrerait ces désordres dans tous les cadavres. L'étude des symptômes ne permet même aucun doute à cet égard. On a trouvé aussi des traces d'inflammations pulmonaires et pleurales; mais c'est, à n'en pas douter, lorsque pendant la vie il avait existé des symptômes propres à ces phlegmasies. C'est faute d'avoir su porter l'analyse vraiment philosophique dans les symptômes divers observés sur les malades at-

teints de *typhus*, et dans les lésions nombreuses qu'offraient les cadavres, et rallier les uns aux autres, qu'on a tant écrit et discuté sur cette funeste maladie, sans pouvoir parvenir à jeter aucun jour sur son histoire. Enfin, une dernière source d'erreurs, et celle là est commune à toutes les maladies qui frappent un grand nombre d'individus à la fois, telles que *la peste*, *la fièvre jaune*, *etc.*, consiste en ce que l'on ne tient jamais compte de l'état antérieur de la santé des hommes qui viennent à en être atteints. Et cependant, qu'on réfléchisse un instant à ce qui doit arriver lorsqu'une violente épidémie sévit sur une grande masse d'individus. Combien d'hommes déjà porteurs de phlegmasies chroniques des divers organes sont frappés par le fléau? Combien succombent, soit à la nouvelle affection, soit à l'ancienne tout-à-coup exaspérée? Dans les deux cas, combien cette circonstance n'est-elle pas propre à jeter de l'incertitude sur les résultats d'ouvertures de cadavres. Or, quel historien d'épidémies a tenu compte jusqu'à ce jour de cette considération importante, dont l'omission hérisse de difficultés l'étude anatomico-pathologique de ces grands fléaux de l'humanité?

Cette phlegmasie compliquée, que nous avons cru devoir étudier avec celles des voies digestives, parce que l'inflammation gastro intestinale prédomine au début sur celle de l'encéphale, et que dans beaucoup de cas elle ouvre la scène, cette phlegmasie s'observe rarement sporadique. Elle est presque toujours épidémique, se transmet par contagion, et se développe au sein de grandes réunions d'hommes, à la suite de mauvais régime, de marches forcées et d'affections morales tristes, comme dans les armées en retraite par exemple. On ne l'a pas observée dans les pays méridionaux; elle paraît appartenir au nord et aux climats tempérés. Ses ravages sont effroyables; elle se termine rapidement par la résolution ou la mort, quelquefois par la chronicité.

Gastro-entéro-méninginite, *accompagnée de bubons gangréneux et de pétéchies*. Trois ordres de symptômes existent

dans cette phlegmasie compliquée; les uns se rapportent aux voies gastriques, d'autres à l'arachnoïde, et les troisièmes enfin, à la peau. Les premiers sont : une douleur épigastrique, des nausées; des vomissemens bilieux, verdâtres, noirâtres et quelquefois sanguinolens; une diarrhée de même nature et très-fétide, la perte de l'appétit, et une soif excessive; la langue est sèche, la chaleur de la peau âcre et brûlante, la sueur et l'haleine sont fétides, le pouls est fréquent, souvent très-petit, quelquefois intermittent; les urines sont souvent naturelles, souvent rouges et troubles, quelquefois sanguinolentes. Les seconds consistent dans une agitation, une anxiété extrême, la terreur, la céphalalgie, le délire, les soubresauts des tendons et même de légères contractions des membres, des convulsions, l'insomnie ou la stupeur, le réveil en sursaut avec désespoir, l'obscurcissement de la vue, les tintemens d'oreilles, la surdité, les yeux étincelans, rougeâtres, égarés, quelquefois fixes, une parole précipitée, rarement lente et plaintive, et des vertiges. Les troisièmes enfin, sont des taches sur tout le corps, pourpres, noires, violettes ou rouges, et des bubons aux aines, sous les aisselles, au cou et aux parotides, passant fréquemment à l'état de gangrène.

Il existe des degrés de cette affection, moins graves que celui que nous venons de décrire. Dans l'un, par exemple, les symptômes d'irritation du cœur et des voies gastriques sont légers, il n'y a pas de délire ni de bubons; dans l'autre, il existe du délire et des bubons, mais ces symptômes sont moindres que dans le plus haut degré dont nous avons tracé le tableau. On conçoit beaucoup d'autres degrés intermédiaires que nous ne pouvons pas décrire ici.

On a donné le nom de *peste* à cette triple série de symptômes. Il serait superflu de chercher à démontrer qu'ils annoncent pour la plupart la double phlegmasie de la membrane muqueuse des voies gastriques et de l'arachnoïde dans le plus grand nombre des cas, et celle du conduit digestif seul dans

quelques-uns. Leur analogie avec ceux du *typhus*, leur examen particulier qui les rattache tous sans efforts et sans hypothèse aux lésions des fonctions digestives et cérébrales, et quelques ouvertures de cadavres prouvent assez que tel est le siége de cette terrible maladie. Mais on demande si elle est de nature franchement inflammatoire, et si les plaques gangréneuses de la peau ne dénotent pas un état morbide analogue à l'intérieur. Voici d'abord ce que répondent les faits : 1° Les pétéchies et les engorgemens glanduleux ne se manifestent pas toujours ; 2° ces derniers sont souvent purement inflammatoires et suppurans ; 3° ils sont assez souvent gangréneux, et dans ces cas, mais dans ces cas seulement, les lésions internes présentent le même aspect. Or, il nous semble naturel d'en conclure : 1° que l'inflammation des voies digestives et de l'arachnoïde qui constitue principalement la *peste*, ne diffère souvent en rien des autres inflammations ; 2° que souvent, en raison sans doute de la nature et de l'intensité de la cause et de l'idiosyncrasie des individus, cette inflammation passe rapidement à la gangrène ; 3° que souvent la cause est assez violente pour frapper immédiatement de gangrène les parties qu'elle atteint, comme il arrive que, plus violente encore, elle tue presque instantanément. Il resterait donc à déterminer sous laquelle de ces trois formes on l'observe le plus fréquemment ; c'est ce qui n'a pas été fait. Ajoutons que toutes les causes d'incertitudes et d'erreurs que nous avons signalées en parlant du *typhus* existent également pour la *peste*.

La cause de cette maladie paraît être un agent extrêmement actif : on suppose que c'est un miasme produit par le dessèchement annuel des lacs de l'Éthiopie, car cette affection est endémique en Égypte ; mais on n'a que des données incertaines sur cette matière. Elle est éminemment contagieuse ; l'agent qui la produit est transportable à de grandes distances ; tous les corps peuvent s'en imprégner, mais particulièrement la laine, le coton et les plumes. Il résulte des observations de M. Desge-

nettes (1), que les hommes adonnés aux liqueurs spiritueuses et aux femmes, en sont plus gravement affectés que les autres, et qu'elle sévit de préférence sur les hommes robustes et certains artisans, tels que les forgerons, les cuisiniers, les boulangers, etc., que sur les femmes, les enfans et les individus exerçant d'autres professions. Parmi ces derniers, au contraire, les équarrisseurs et les porteurs d'huile en sont presque à l'abri. Presque tous les malades du premier degré guérissent facilement et promptement, dit l'excellent observateur déjà cité, plusieurs du second degré guérissent encore ; mais on compte très-peu de guérisons parmi les malades au troisième degré. Le pronostic en est donc toujours grave.

Nous avons réuni l'histoire de la *peste* à celle de la gastro-entérite plutôt qu'à celle de l'arachnoïdite, parce que les symptômes de la première étant les seuls constans dans cette affection, il est évident que, dans son plus grand état de simplicité, elle n'est autre chose que la phlegmasie des voies digestives.

Gastro-entérites par empoisonnement. Elles ne diffèrent aucunement de celles que nous venons de décrire. Ce sont toujours, ou des gastro-entérites simples, ou des gastro-entéro-méningites ou cérébrites, etc., suivant que la substance vénéneuse a borné son action aux voies digestives, ou qu'absorbée, elle a enflammé l'arachnoïde ou le cerveau, etc. (Voyez *gastrite.*) Il en est une seulement à laquelle nous devons consacrer un paragraphe particulier ; c'est celle qui est produite par le plomb.

Gastro-entérite, quelquefois compliquée d'encéphalite, produite par le plomb et ses diverses préparations (2). Les symptômes consistent dans des douleurs abdominales obscures et passagères, avec excrétion rare de matières fécales très-dures, augmentant progressivement pendant un certain temps, et devenant très-aiguës. Elles le sont à tel point, que les malades poussent souvent des cris, se couchent sur le ventre, et chan-

(1) *Histoire médicale de l'armée d'Orient.* Paris, 1802.

(2) *Mémoire sur la colique saturnine*, par M. Ranque, broch. in-8°, 1827.

gent continuellement de position. Ces douleurs ne sont pas continues; elles s'appaisent et s'exaspèrent tour à tour : c'est pendant la nuit ordinairement qu'elles sont plus violentes. Elles se font sentir particulièrement vers l'ombilic et dans la région dorsale et lombaire. Le ventre est dur, à peine sensible à la pression; les testicules sont rétractés; il existe une constipation des plus opiniâtres, avec quelques borborygmes. On observe en même temps, perte d'appétit, nausées, vomissemens de bile presque toujours verte, enduit verdâtre sur la langue, haleine fétide, pâleur et teinte jaunâtre de la face, expression de souffrance, insomnie, douleurs et crampes dans les membres inférieurs, et quelquefois dans les supérieurs; lenteur et dureté du pouls, rareté de l'urine, et dans certains cas strangurie. Quelquefois les symptômes inflammatoires sont plus prononcés, le ventre est sensible à la pression, le pouls est fréquent et la chaleur élevée (1). Enfin, lorsque cette phlegmasie s'est répétée plusieurs fois sur un même individu, elle finit par s'accompagner de céphalalgie, de vertiges, de délire et de mouvemens convulsifs; c'est qu'alors l'action du plomb s'est portée jusque sur l'encéphale.

Cette série de symptômes a reçu les noms de *colique des peintres*, *colique de plomb* et *colique saturnine*. Il résulte des recherches anatomiques de M. Renauldin (2), que cette affection dépend de l'inflammation des voies digestives, compliquée quelquefois de celle de l'encéphale. Elle est particulière aux individus qui travaillent le plomb, ou emploient ce métal, ses oxides ou ses sels, tels que les ouvriers fabricans de carbonate de plomb, les plombiers, les peintres en bâtimens, les broyeurs de couleurs, les potiers d'étain, les vernisseurs de faïence, etc. Parmi ces ouvriers, ceux qui ont des affections morales tristes,

(1) *Dictionnaire de Médecine*, tom. V, pag. 449 et suivantes, article *Colique de plomb*, par M. Chomel.

(2) Voyez la thèse de M. Thomas, ayant pour titre, *Dissertation sur la thoracoscopie* ou l'*Art d'explorer l'intérieur du thorax*, etc., suivie de quelques propositions médicales.

ou qui abusent des boissons alcooliques, y sont plus disposés : une première atteinte dispose à une seconde, et ainsi de suite (1). Le pronostic de cette affection n'est grave que lorsqu'elle s'accompagne de phénomènes cérébraux. Elle est plus aiguë chez les hommes forts que chez les faibles (2).

M. Ranque, dans le mémoire déjà cité, a émis et cherché à faire prévaloir l'opinion que la *colique de plomb* est une névralgie dont le point de départ est dans la moëlle épinière, et il a proposé en conséquence de la nommer *rachialgie*. M. Andral a tout récemment défendu la même opinion (3), qui nous paraît tout aussi plausible que celle qui fait consister cette affection dans une inflammation.

Nous terminerons ici l'exposé des symptômes des diverses nuances de la gastro-entérite aiguë, simple et compliquée. Nous sommes loin encore d'en avoir retracé toutes les formes; mais elles sont si nombreuses, que nous avons dû nous borner aux principales, aux seules nécessaires à signaler. La dernière appartient presque autant aux gastro-entérites chroniques qu'aux aiguës; elle sert de transition de l'une à l'autre. A propos de chaque nuance, nous avons fait connaître sa marche, sa durée, sa terminaison et son pronostic; il ne nous reste donc plus qu'à exposer les lésions cadavériques et le traitement.

Caractères anatomiques (4). Rougeur, épaississement et ulcération de la membrane muqueuse des voies digestives, et souvent engorgement des ganglions mésentériques correspondant aux portions enflammées ou ulcérées de cette membrane; telles sont ces lésions. La rougeur varie depuis le rose vif jus-

(1) *Thèse citée.* L'auteur annonce que les propositions qu'il émet sont déduites de deux cent soixante-quinze faits recueillis à l'hôpital Beaujon, dans les salles de M. Renauldin, pendant les années 1821, 22 et 23.

(2) *Idem.*

(3) *Clinique médicale*, tome IV, page 506.

(4) Billard, *De la Membrane muqueuse des voies digestives*, in-8°. Paris, 1826. — Gendrin, *Hist. anatom. des inflammations*, etc., *ouvrage déjà cité.*

qu'au violet et au brun ; elle est disposée par points, par stries ou par plaques, et occupe quelquefois une étendue de plusieurs pieds. L'épaississement est variable ; les ulcères se rencontrent presque toujours vers la fin de l'intestin grêle, près de la valvule iléo-cœcale, qui est quelquefois détruite, et dans l'intestin colon lorsqu'il y a eu diarrhée ; rarement on les observe dans l'estomac : ils sont plus ou moins larges, profonds, et nombreux. Quelquefois l'estomac ou l'intestin sont perforés. Voici les variétés que présentent ces lésions, en rapport avec les formes diverses des groupes de symptômes pendant la vie.

Comme les formes dites *fièvre inflammatoire* et *fièvre bilieuse* ne deviennent mortelles, disent les auteurs, que par leur passage à l'état de *fièvre adynamique*, *ataxique*, etc., ce qui veut dire lorsqu'elles s'aggravent, elles n'ont point de lésions cadavériques qui leur soient propres. Mais vouloir en tirer la conséquence, comme le font certains médecins, que rien ne prouve alors que ces *fièvres* dépendent de la phlegmasie gastro-intestinale, est tout-à-fait erroné ; autant vaudrait soutenir que la pneumonie légère ne dépend pas de l'inflammation du poumon, puisqu'on n'en meurt pas, et que par conséquent on ne peut administrer cette preuve matérielle de sa nature, ce qui serait absurde. L'étude physiologique des symptômes doit ici suppléer à l'absence de données anatomico-pathologiques.

A l'ouverture des cadavres de ceux qui succombent à la gastro-entérite appelée *cholera morbus*, on trouve la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins grêles et gros, et de la vessie, d'un rouge vif dans une assez grande étendue ; quelquefois, mais rarement, d'après M. Gravier, le foie volumineux et enflammé, les intestins grêles contractés. Qui peut douter, d'après ces lésions, de la nature et du siége de cette phlegmasie ?

Dans la gastro-entérite avec sécrétion abondante de mucosités, à laquelle on a donné le nom de *fièvre muqueuse*, Rœderer et Wagler, outre les signes ordinaires de phlegmasie, disent avoir rencontré sur la membrane muqueuse gastro-

intestinale, des aphthes, des végétations, ou de petites pustules formées par les follicules très-développés, très-apparens, et couvertes d'un mucus épais. Personne ne doute que ce ne soient là des traces d'inflammation. Ils parlent souvent de gangrène des intestins et d'engorgement des ganglions mésentériques; ce sont encore là des effets de la phlegmasie; mais il est probable qu'ils ont pris pour des traces de gangrène la couleur noirâtre que l'on observe quelquefois sur les membranes muqueuses enflammées depuis quelque temps. Ces médecins ont rencontré quelquefois le foie granuleux ou très-développé, dur, *rouge ou noirâtre à sa surface* (c'est à peu près là sa couleur naturelle), la rate d'un *bleu foncé* (c'est-à-dire de couleur naturelle), volumineuse et *molle* (état ordinaire), ou petite et dure. On voit combien ces lésions sont vaguement décrites; on sait d'ailleurs que l'irritation de ces deux organes est rarement primitive, et qu'elle leur est presque toujours communiquée par celle de la muqueuse digestive. Fréquemment ils ont trouvé les intestins remplis de vers lombrics. Enfin, ils ont trouvé souvent les poumons adhérens, enflammés, hépatisés, gorgés de mucosités; quelquefois purulens, souvent tuberculeux; les bronches rouges, les ganglions bronchiques volumineux, noirs et durs, et le péricarde plus ou moins rempli de sérosité sanguinolente. Qu'est-ce que cela prouve? Que dans l'épidémie de gastro-entérite qu'ils ont observée, la plupart des malades étaient en même temps atteints de pneumonite. C'est ce dont on peut d'ailleurs se convaincre en lisant les observations qu'ils nous ont transmises.

A la suite de la forme dite *adynamique* par les auteurs, on observe les lésions que nous avons décrites les premières; nous n'y reviendrons pas. Après celle dite *ataxique*, on trouve en outre l'arachnoïde rouge, injectée et épaissie; mais cette lésion n'est pas constante. Quelquefois c'est le cerveau qui est injecté et plus consistant que dans l'état naturel.

M. Rochoux, à qui nous devons un assez bon ouvrage sur

la *fièvre jaune*, nous apprend que, dans les cadavres de ceux qui succombent à cette phlegmasie, on trouve *constamment* la membrane muqueuse gastro-intestinale enflammée, et que *souvent* cette phegmasie est accompagnée de celle des reins et *quelquefois* de celle de l'arachnoïde. Ces lésions sont en harmonie parfaite avec les symptômes que nous avons vus être propres à cette affection. M. Rochoux ajoute que dans tous les cas où il a observé l'ictère, il a rencontré la vésicule biliaire enflammée. On trouve aussi l'estomac et les intestins plus ou moins remplis par la même matière noire qui est rejetée par les vomissemens pendant la vie; cette matière résulte du mélange de sang qui s'est écoulé de la membrane muqueuse elle-même, de la bile, du mucus, et du suc pancréatique.

Nous avons déjà dit quelles étaient les lésions qu'on avait rencontrées à la suite du typhus. On ne possède qu'un petit nombre de faits d'anatomie pathologique relatifs à la *peste*, mais ils tendent à confirmer ce que nous avons dit du siége et de la nature de cette affection, dont tous les symptômes annoncent une phlegmasie gastro-entéro-méninginite. Dans la thèse de M. Thomas, on trouve sur les lésions cadavériques propres à la *colique de plomb*, la proposition suivante : « A l'ouverture des individus morts à la suite de délire épileptiforme (il faut se rappeler que la *colique de plomb* ne devient mortelle que lorsque les symptômes cérébraux surviennent), on trouve, 1° des *altérations* (quelles altérations?) très-marquées des méninges, et même de la substance cérébrale et rachidienne; les os du crâne eux-mêmes sont souvent affectés; 2° des épanchemens séreux ou sanguins entre les membranes encéphaliques et dans les ventricules cérébraux; 3° des injections sanguines, tantôt rouges, tantôt de couleur foncée et même livide, du canal intestinal et de l'estomac; 4° des amincissemens souvent très-étendus des tuniques de ce canal, mais rarement des rétrécissemens et des accumulations de matières fécales ». Or, nous avons vu que les symptômes céré-

braux ne survenaient qu'après plusieurs atteintes des symptômes abdominaux ; les lésions cérébrales ne commencent donc que long-temps après les lésions abdominales ; pendant long-temps et dans son plus grand état de simplicité, la colique de plomb dépend donc uniquement de l'inflammation gastro-intestinale. Toutefois M. Andral dit n'avoir jamais rencontré de traces d'inflammation sur la membrane muqueuse des voies digestives après cette maladie.

Traitement. S'il est démontré, par tout ce qui précède, que les divers groupes de symptômes que nous avons décrits appartiennent à l'inflammation aiguë des voies digestives, simple ou compliquée, il est évident que le traitement antiphlogistique mérite la préférence sur tout autre. Nous pourrions donc nous borner à dire, que les saignées générales et locales, les fomentations, les cataplasmes et les lavemens émolliens, les topiques réfrigérans, les boissons froides ou même glacées, acidules ou gommeuses, et l'abstinence des alimens et des stimulans de toute espèce, sont les principaux moyens dont il se compose ; mais leur emploi est soumis à des règles et susceptible de modifications qu'il importe d'exposer avec quelque soin ; des détails deviennent donc ici nécessaires.

Les saignées générales conviennent rarement dans les gastro-entérites ordinaires de nos climats ; elles y sont cependant quelquefois indispensables, et voici dans quelles circonstances : 1° lorsque le malade est très-pléthorique ; 2° lorsque la gastro-entérite est accompagnée d'une pneumonite même légère, comme cela arrive fréquemment dans les saisons et les contrées froides et humides. Il n'est pas rare de voir, dans ces circonstances hygiéniques, des gastro-entérites qui résistent aux saignées locales les plus abondantes ; si l'on ausculte alors les malades, on découvre souvent une pneumonite latente. C'est cette phlegmasie, qui ne donne pourtant aucun signe de son existence, qui enraye ainsi les efforts du médecin. Une

saignée générale produit dans ce cas les meilleurs effets. 3° Il faut encore avoir recours à la saignée générale au début des gastro-entérites dont l'invasion est violente et dans lesquelles la région épigastrique est très-douloureuse. Dans les autres cas, les saignées locales doivent être préférées.

L'expérience a appris que la région épigastrique est le lieu où les applications de sangsues produisent les meilleurs effets; cependant on doit en même temps les pratiquer à l'anus lorsqu'il y a diarrhée, c'est-à-dire lorsque la phlegmasie gastro-intestinale s'étend jusqu'au colon. (*Voyez*, quant au nombre de sangsues à appliquer, aux moyens de faciliter l'écoulement du sang, etc., ce que nous avons dit dans nos généralités sur l'irritation.)

Les fomentations, les cataplasmes et les lavemens émolliens ne sont que d'une utilité secondaire dans le traitement de la gastro-entérite aiguë, cependant il ne faut pas les négliger. Un moyen bien plus puissant consiste dans l'application de la glace pilée sur l'abdomen, mais il ne convient d'y recourir que dans les cas graves, et surtout lorsque la faiblesse du sujet et la quantité de sang qu'on lui a tirée ne permettent plus d'employer des saignées. Le danger de faire naître des pneumonies ou de les accroître lorsqu'elles compliquent déjà la gastro-entérite, et la violence de la réaction qui suit quelquefois l'application du froid, sont les deux graves inconvéniens qui s'opposent à l'emploi plus fréquent de ce moyen efficace.

Les boissons froides ou à peine tièdes conviennent dans tous les cas; elles doivent être le moins possible chargées de principes nutritifs, et gommeuses, acidules, mucilagineuses, ou simplement sucrées, suivant le goût des malades. Ainsi les décoctions d'orge, de chiendent, de fleurs de mauve, de racines de guimauve; les sirops de gomme, de guimauve, de sucre, d'orgeat, de groseille et de vinaigre dans l'eau; la limonade, l'orangeade, l'eau chargée d'albumine, l'eau sucrée, l'eau pure, sont les boissons les plus généralement usitées. On guérit

un grand nombre de gastro-entérites légères, sans application de sangsues, par le seul usage de l'une de ces boissons, glacée et administrée à petites doses fréquemment répétées; celles que l'on a désignées par les noms de *fièvres bilieuses* et *cholera morbus* sont principalement dans ce cas. Cependant il est plus prudent, lorsque ces affections sont intenses, d'employer en même temps les saignées locales. Les boissons acidules glacées sont aussi très-efficaces contre les vomissemens opiniâtres et pour étancher la soif. Il faut les administrer à doses assez rapprochées pour ne pas donner le temps à la réaction de s'opérer, sinon elles seraient plus nuisibles qu'utiles, et lorsqu'on veut les suspendre, on ne doit ramener que par gradation le malade à des boissons d'une température plus élevée.

Dans toutes les gastro-entérites, la diète est indispensable. En général, plus l'abstinence des alimens est complète, et moins la guérison de ces affections se fait attendre, *et vice versâ*. Lorsqu'elles sont légères même, quelques jours de diète et de l'usage des boissons délayantes, suffisent pour les faire disparaître. On ne saurait trop le répéter, les voies digestives irritées se trouvent toujours fort mal d'être forcées au travail d'une digestion, quelque légère qu'elle soit. Quand les symptômes diminuent et que l'appétit se prononce, ce n'est encore qu'avec de grandes précautions, proportionnées d'ailleurs à la durée et à l'intensité qu'a eues la maladie, qu'il est permis de revenir aux alimens. On est souvent obligé de commencer l'alimentation par les substances qui exigent le moins d'efforts digestifs, tels que les panades à l'eau, les fécules, les végétaux et le laitage, et successivement les viandes blanches, la chair des jeunes animaux, avant d'arriver aux bouillons et aux viandes plus nourrissantes. Beaucoup de rechutes sont dues à l'inobservance de ces préceptes, souvent enfreints par l'indocilité des malades.

A l'aide de ces moyens combinés et habilement dirigés, on guérit la très-grande majorité des gastro-entérites de nos

climats ; un petit nombre résistent et entraînent la perte de ceux qui en sont atteints. Ils conviennent aussi dans toutes les autres gastro-entérites, avec les modifications que nous allons indiquer.

On a beaucoup vanté l'usage des vomitifs au début de la gastro-entérite avec supersécrétion bilieuse; Stoll et M. Pinel surtout en avaient même fait un précepte. Mieux appréciés dans leurs effets depuis la naissance de la nouvelle doctrine, ces médicamens ne sont plus employés qu'avec beaucoup de circonspection, et réservés pour un petit nombre de cas qui ne sont pas même bien déterminés. Cependant on peut y recourir quand la chaleur de la peau est peu intense ; la douleur épigastrique et la rougeur de la langue nulles; chez les personnes grasses, blondes, molles et peu excitables ; dans les saisons et les contrées froides et humides, et dans les pays du nord : hors ces cas, les vomitifs sont, comme l'a dit M. Broussais, de vrais *quitte ou double*, et tout médecin prudent doit s'en abstenir. Il en est de même des purgatifs; leur emploi a été considérablement restreint dans ces derniers temps, après avoir été, pour ainsi dire, banal. M. Pinel avait déjà commencé cette réforme. Un peu moins dangereux que les vomitifs, ils cessent de l'être dans les mêmes circonstances. On verra par la suite qu'ils sont quelquefois très-utiles dans d'autres affections que la gastro-entérite. Le traitement des gastro-entérites nommées *fièvres bilieuses* ne sort donc pas des règles que nous avons tracées plus haut.

Si nous jugeons du *cholera morbus* de l'Inde par celui dont nous avons observé quelques exemples dans nos contrées, il nous paraît plus avantageux d'insister sur les boissons glacées que sur les évacuations sanguines, sans cependant négliger ces dernières. Nous avons dit que cette forme de la gastro-entérite était presque toujours accompagnée d'une irritation sympathique du foie. Tant que cette irritation est légère, elle ne devient la source d'aucune indication spéciale ; mais il peut se faire qu'elle devienne intense et que le foie s'enflamme : alors

il faut combattre cette nouvelle phlegmasie par les saignées générales et locales et les topiques émolliens. MM. les professeurs Fouquier et Orfila ont appliqué quelquefois, avec un succès très-rapide, un large vésicatoire sur la région de l'estomac et du foie. Le bain tiède prolongé pendant plusieurs heures est aussi d'un puissant secours dans cette affection. Enfin, plusieurs auteurs ont vanté l'opium et ses diverses préparations, surtout dans la seconde période de la maladie. Nous n'avons pas eu occasion d'essayer ce moyen, mais nous avons éprouvé de si bons effets de l'acétate de morphine à la dose d'un quart de grain ou d'un demi-grain dans un demi-lavement, dans quelques cas de gastro-entérite dont les symptômes avaient été préalablement très-affaiblis par les autres moyens, que nous n'hésiterions pas à employer ce médicament dans le *cholera*.

Très-souvent compliquée de pneumonite, la forme de gastro-entérite appelée *fièvre muqueuse* réclame fréquemment la saignée générale, mais les évacuations sanguines ont rarement besoin d'être portées si loin dans cette affection que dans les autres formes de la même phlegmasie. Les boissons acidules conviennent encore, mais on peut, sans inconvénient, les rendre légèrement aromatiques par l'addition des fleurs de sureau, de tilleul, de feuilles d'oranger, ou un peu amères par la chicorée, le *teucrium chamædrys* et autres plantes de ce genre, surtout si on a le soin de faire ces boissons légères et de les suspendre aussitôt qu'on s'aperçoit qu'elles augmentent la phlegmasie. L'abondante secrétion de mucosités qui forme le caractère principal de cette gastro-entérite protège la membrane muqueuse contre l'action excitante de ces médicamens. S'il y a des vers, ces boissons seront rendues anthelmintiques par la tanaisie, la coraline de Corse, etc., et on en surveillera les effets comme il a été dit ci-dessus. On emploie aussi avec avantage les rubéfians de la peau, qui nuisent dans toutes les autres formes de la gastro-entérite; mais ce moyen demande

plus de précautions encore que les boissons précédemment indiquées. Enfin il arrive souvent, à la terminaison de cette phlegmasie, que les membranes muqueuses visibles sont d'une pâleur extrême, et que l'appétit ne se rétablit pas; c'est le cas alors d'administrer des toniques. Le bon vin est toujours préférable aux toniques médicamenteux; cependant les vins amers et de quinquina trouvent ici leur emploi. Il faut les suspendre aussitôt que l'appétit s'est ranimé et que les membranes ont repris leur coloration naturelle.

Nous ne rappellerons pas ici tous les moyens qui ont été proposés contre la gastro-entérite intense, désignée par les auteurs sous le nom de *fièvre adynamique*. Le musc, le quinquina, le camphre, la serpentaire de Virginie, les vésicatoires, etc., sont aujourd'hui assez généralement proscrits du traitement de cette phlegmasie. Le traitement antiphlogistique, tel que nous l'avons exposé au commencement de cet article, est le seul qui lui convienne. Il en est de même de la phlegmasie gastro-intestinale, dite *fièvre ataxique*; seulement dans celle-ci il est souvent indispensable de combattre les phénomènes cérébraux par des saignées locales aux tempes ou derrière les oreilles; on doit le faire pour peu que ces symptômes soient intenses, et qu'ils ne diminuent pas ou que faiblement sous l'influence des évacuations sanguines épigastriques. Si les symptômes abdominaux diminuent considérablement, ceux de l'encéphale restant les mêmes, le traitement doit être entièrement dirigé contre ceux-ci; les révulsifs sur les extrémités inférieures et les applications froides sur la tête sont alors d'un grand secours, comme nous le dirons en exposant les règles du traitement des phlegmasies de l'encéphale.

Nous ne rappellerons pas davantage les modes divers de traitement qu'on a tour à tour préconisés contre le *typhus*, la *fièvre jaune* et la *peste*; aucun n'est en harmonie parfaite avec la nature mieux connue de ces affections. Nous ne doutons nullement qu'on n'obtînt les plus heureux effets du traitement an-

tiphlogistique ; employé dès le début et avec énergie. On devrait dans le *typhus* et la *peste* joindre aux saignées locales épigastriques les applications de sangsues aux tempes ou derrière les oreilles, et les applications froides sur la tête, et l'on agirait de même dans la *fievre jaune* compliquée d'arachnoïdite. Les saignées générales conviendraient davantage lorsque cette dernière phlegmasie est compliquée de *néphrite*, mais on devrait employer en même temps les évacuations sanguines locales. Mais, il importe de se rappeler dans le traitement de cette affection, que sa marche se compose de deux périodes bien distinctes, celle qui précède l'hémorrhagie gastro-intestinale et celle qui la suit. Il paraît tout naturel de penser, en effet, que les mêmes moyens ne sont pas applicables aux deux époques de la maladie. On conçoit, en effet, que les antiphlogistiques soient les seuls utiles dans la première période, celle que l'on pourrait appeler inflammatoire, tandis que les astringens seraient beaucoup plus avantageux dans la période hémorrhagique. Cela nous explique peut-être la divergence d'opinion des médecins qui ont observé la *fièvre jaune*, dont les uns préconisent les antiphlogistiques à l'exclusion de tout autre moyen, et les autres vantent certains agens, tels que le sulfate de quinine, la racine de colombo, etc., et proscrivent les évacuations sanguines de toute espèce. Quelques praticiens paraissent avoir obtenu de grands succès par la combinaison de ces deux méthodes de traitement; nous pensons qu'ils en obtiendront de plus grands encore, lorsqu'ils se guideront dans l'emploi de ces médications d'après les considérations que nous venons d'exposer. Enfin, nous croyons qu'on aurait tort de négliger les lotions d'eau vinaigrée sur tout le corps, lors de l'apparition des pétéchies dans le *typhus*, et celles de suc de citron dans la *fièvre jaune*.

Les ravages opérés par ces terribles maladies sont si grands, et les moyens thérapeutiques dirigés jusqu'à présent contre elles si insuffisans, qu'on s'est toujours beaucoup occupé des

moyens de les prévenir. C'est là ce qui a fait imaginer les quarantaines, et dans les lieux infectés, l'isolement. Mais on pense généralement qu'il n'y a point d'autres préservatifs qui puissent en mettre à l'abri. Cependant, une grande sobriété, la nourriture végétale, l'abstinence des liqueurs alcooliques et des plaisirs vénériens, nous semblent autant de moyens de diminuer les chances défavorables; mais il en est un autre qui jouit peut-être d'une plus grande efficacité qu'eux tous, et dont on parle à peine, il consiste dans les onctions huileuses. On a depuis longtemps remarqué que les porteurs d'huile sont à l'abri de la peste, mais comme la théorie et quelques expériences incomplètes ont réduit presque à rien l'absorption cutanée, on en a conclu que les onctions huileuses, qui ne peuvent agir qu'en bouchant les pores absorbans de la peau, étaient superflus. Mais qui nous dit que sous le soleil brûlant de l'équateur, la peau, continuellement excitée, ne possède pas la faculté d'absorber à un plus haut degré que dans nos climats. Ne sait-on pas que la gastro-entérite produite par le plomb est beaucoup plus fréquente en été qu'en hiver, parmi les ouvriers d'une même fabrique, et cela ne tient-il pas *en partie* à ce que la peau absorbe plus dans cette saison? Le siége des bubons dans la *peste* ne dépose-t-il pas d'ailleurs en faveur de cette opinion? Placés en effet aux aines, aux aisselles et au cou, d'où peut leur venir l'agent pestilentiel qui les développe, si ce n'est par la voie des vaisseaux lymphatiques sur le trajet desquels on les rencontre? Or, la direction des fluides que ces canaux transportent n'est-elle pas de la périphérie vers le centre? Fera-t-on donc rétrograder ces liquides, pour leur faire transporter du centre à la circonférence le miasme qu'on suppose absorbé presque exclusivement par les voies pulmonaires, ou bien supposera-t-on que l'engorgement des glandes est sympathique de l'irritation intérieure? La première hypothèse nous paraît insoutenable; la seconde est peu d'accord avec la physiologie, qui nous apprend que les glandes en question ne sont liées de

sympathie qu'avec les membres et la peau, ou du moins n'en ont que de très-obscures avec les organes intérieurs. L'opinion la plus plausible est donc celle que nous émettons, savoir que leur engorgement est produit par le miasme pestilentiel absorbé à la surface cutanée. S'il en était ainsi, les onctions huileuses seraient un moyen prophylactique puissant. Cette hypothèse nous expliquerait aussi les bons effets des lotions d'eau vinaigrée et de suc de citron dans les *gastro-entérites typhiques* et *ictériques*.

Deux traitemens entièrement opposés sont employés avec un égal succès, dit-on, dans la gastro-entérite produite par le plomb. L'un est antiphlogistique, c'est celui de l'hôpital Beaujon; l'autre est très-stimulant, c'est celui de l'hôpital de la Charité. Voici en quoi ce dernier consiste. — *Premier jour*, une pinte de décoction de casse avec trois grains d'émétique et de quatre à huit gros de sel d'Epsom. — *Second jour*, six grains d'émétique dans huit onces d'eau, en deux fois, à dix minutes d'intervalles. — *Troisième jour*, deux à trois verres de décoction des quatre bois sudorifiques, dans laquelle on fait infuser de quatre à six gros de séné. — *Quatrième jour*, potion purgative faite avec six onces d'infusion de séné, une once d'électuaire diaphænix, un scrupule de jalap en poudre, et une once de sirop de nerprun. — *Cinquième jour*, comme le troisième. – *Sixième jour*, comme le quatrième. On prescrit en outre, chaque jour, pendant tout le traitement, pour boisson ordinaire, une pinte de décoction des quatre bois sudorifiques, chaque jour un lavement avec douze onces de vin rouge et quatre onces d'huile de noix, et plus tard un demi-gros de thériaque avec un ou deux grains d'opium, selon la violence des douleurs et l'opiniâtreté de l'insomnie; on y joint encore, à midi, soit tous les jours, soit les jours seulement où le malade ne prend pas de purgatif, un lavement composé comme la potion purgative, avec cette seule différence qu'il contient une livre au lieu de six onces de décoction de séné. Si

après le sixième jour il reste encore de la douleur, on prolonge le traitement de quelques jours, en prescrivant la tisane sudorifique laxative aux jours impairs, et la potion purgative aux jours pairs. Pendant le cours de ce traitement, on prescrit une diète sévère; mais aussitôt qu'il est terminé, on accorde au malade des alimens dont on augmente rapidement la quantité (1). On ne peut expliquer le succès de ce fatras de médicamens, qu'en admettant, avec M. Broussais, que le plomb, par ses propriétés astringentes, crispe et resserre la membrane muqueuse gastro-intestinale et la rend moins sensible à l'action des stimulans, ou bien en admettant avec M. Ranque que la colique de plomb est une névrose. Quoi qu'il en soit, qu'on ne se croie pas obligé de suivre ce traitement de point en point comme on le fait à l'hôpital de la Charité; c'est la religion des traditions et de la routine qui fait que, dans ce lieu, on en respecte le monstrueux ensemble; mais, hors de là, il est permis de le modifier à son gré, et même, comme on le fait à l'hôpital Beaujon, de le remplacer par la méthode antiphlogistique. « On obtient la guérison radicale de la colique de plomb très-intense, par un traitement adoucissant et antiphlogistique local et général (2). »

M. Ranque a employé avec le plus grand succès un traitement presque entièrement topique, composé d'emplâtres dont la belladone et l'émétique font la base, et qu'il place sur tout le ventre et toute la région lombaire de ses malades. Nous avons guéri plusieurs malades par les antiphlogistiques seuls, et d'autres par des boissons délayantes, et quelques doses d'huile de ricin administrées plusieurs jours de suite; de sorte que nous regardons comme inutile d'avoir recours aux traitemens compliqués de la Charité et de M. Ranque.

Tel est le traitement des diverses formes de la gastro-entérite

(1) *Dictionnaire de Médecine*, tom. V, pag. 455. — *Colique de plomb*, Chomel.

(2) Thèse de M. Thomas, *déjà citée*, pag. 19, proposition 10.

aiguë, simple ou compliquée. Il faut y joindre seulement ce que nous avons dit dans nos généralités sur le traitement des irritations et des inflammations en général.

Gastro-entérite chronique.

Il est assez rare qu'une inflammation chronique occupe à la fois l'estomac et l'intestin grêle; l'un de ces deux organes est ordinairement seul affecté. Cependant il arrive quelquefois que cela a lieu, et c'est ordinairement alors l'estomac et le duodénum qui sont le siége de la phlegmasie : telle est la gastro-entérite des buveurs. C'est cette gastro-entérite que M. Casimir Broussais (1) a décrite sous le nom de *duodénite;* c'est elle qui détermine le plus grand nombre d'affections chroniques du foie. Plus rarement, elle occupe l'estomac et la fin de l'intestin grêle ou l'intestin colon. La *fièvre hectique* des auteurs est souvent une gastro-entérite chronique; c'est ce qui a lieu surtout dans celle qui accompagne les affections chroniques extérieures.

Nous ne consacrerons pas un long article à cette affection : causes, symptômes, désordres organiques, traitement, etc., tout lui est commun avec la gastrite et l'entérite chronique; nous renvoyons en conséquence à l'histoire de ces phlegmasies. Est-il besoin d'ajouter qu'à intensité égale elle est plus grave que la gastrite et l'entérite séparées?

Gastro-entérite intermittente.

De même que la gastro-entérite aiguë continue est la plus fréquente de toutes les irritations de ce type, de même la gastro-entérite intermittente est la plus commune des irritations intermittentes. La plupart des maladies appelées *fièvres intermittentes ordinaires*, *bénignes*, *sporadiques*, se rapportent à

(1) *Ouvrage cité.*

cette phlegmasie intermittente de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Causes. Elle est produite par les mêmes causes qui développent la gastro-entérite continue, mais agissant d'une manière intermittente, ainsi que nous avons essayé de le démontrer dans nos généralités sur l'irritation. Mais parmi ces causes, il en est quelques-unes qui produisent plus spécialement la maladie qui nous occupe, telles sont : les miasmes marécageux, les alternatives de froid et de chaleur, de sécheresse et d'humidité, et les stimulations gastriques résultant de l'alimentation ou de l'ingestion habituelle et périodique de certains alimens. Nous avons eu l'occasion d'observer, pendant deux printemps et deux automnes consécutifs, un fait qui démontre combien est grande l'influence des variations atmosphériques sur la production de la gastro-entérite intermittente. Dans une des salles de l'Hôtel-Dieu, où l'on recevait les gendarmes et les pompiers de Paris, on voyait ces militaires être pour la plupart affectés de ces irritations intermittentes dans les saisons précitées, tandis qu'à la même époque, on observait à peine quelques exemples de ces maladies parmi les malades trois fois plus nombreux de la même salle. C'était presque toujours à des patrouilles pendant la nuit qu'ils attribuaient leur maladie.

Symptômes. Tous les groupes de symptômes appartenant à la gastro-entérite simple ou compliquée, que nous avons précédemment étudiés sous la forme continue, peuvent exister et s'offrent en effet dans la pratique sous forme intermittente. Aussi les auteurs ont-ils reconnu des *fièvres intermittentes inflammatoires*, *bilieuses*, *cholériques*, *muqueuses*, *adynamiques*, *ataxiques*, *typhodes*, *jaunes*, *pestilentielles* : ce qui veut dire qu'ils ont observé des inflammations gastro-intestinales intermittentes, tantôt seules, et d'autres fois unies avec la phlegmasie de l'encéphale, ou celles des reins, avec ou sans pétéchies, ictère, ou bubons. Nous ne décrirons donc pas de nouveau les symptômes qui correspondent à ces phlegmasies.

Nous rappellerons seulement que chaque accès est précédé par un frisson plus ou moins vif et long, et suivi d'une sueur plus ou moins abondante.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La gastro-entérite intermittente affecte tous les types; on l'observe quotidienne, tierce, quarte, etc. Les accès sont plus ou moins longs, plus ou moins violens; l'apyrexie plus ou moins complète, sans qu'il soit possible d'établir aucune règle à cet égard. Quand cette affection est simple, et surtout qu'elle n'est pas produite par les miasmes marécageux, elle se dissipe fréquemment d'elle-même, après cinq, six ou sept accès; les accès vont alors en s'éloignant et en diminuant graduellement d'intensité. Quelquefois elle se prolonge beaucoup au-delà de ce terme; sous le type quarte, par exemple, on l'a vue durer des mois, et même des années entières, sans que rien pût la faire disparaître. Elle se termine rarement par la mort, et quand cela arrive, ce n'est ordinairement qu'après qu'elle a passé au type continu; mais elle est loin d'être aussi bénigne lorsqu'elle se complique de la phlegmasie de l'encéphale ou des reins, et qu'elle est accompagnée de pétéchies, d'ictère ou de bubons. Presque toujours alors, peu d'accès, trois ou quatre, suffisent pour donner la mort, qui survient quelquefois pendant le frisson, mais plus souvent pendant la période de chaleur. L'apyrexie est rarement aussi complète dans cette gastro-entérite compliquée que dans la gastro-entérite simple, de sorte que la phlegmasie est dans ces cas plus souvent rémittente qu'intermittente. Les accès ont souvent un caractère de gravité qui les rend effrayans, ce qui, avec la fréquence de la terminaison funeste, si l'art n'intervient, a porté les auteurs à nommer ces affections *pernicieuses*: autant le pronostic est favorable dans la première, autant il est grave et dangereux dans la seconde.

Caractères anatomiques. La science ne possède que peu de faits d'anatomie pathologique sur la gastro-entérite intermittente, comme en général sur toutes les phlegmasies de ce type.

Cependant, tous les auteurs qui se sont livrés à ce genre de recherches s'accordent à dire qu'ils ont presque toujours rencontré, dans les cadavres des individus qui ont succombé aux *fièvres intermittentes ordinaires*, des traces de phlegmasie dans les voies digestives. Cela devait être, puisque les gastro-entérites intermittentes sont les plus fréquentes de toutes les phlegmasies de ce type. Mais ce qui a surtout frappé l'attention des investigateurs, c'est l'engorgement des ganglions mésentériques, du pancréas, du foie, et surtout de la rate, qu'ils ont très-fréquemment observé à la suite de ces fièvres. Aussi en ont-ils tour à tour placé le siége dans chacun de ces organes. Mais il n'est pas possible d'admettre que la phlegmasie, quelque vive qu'on la suppose, d'organes aussi peu influens, aussi peu irritables, à fonctions si obscures, et tellement à l'abri des stimulations directes de toute espèce, que le sont les ganglions du mésentère, le pancréas et la rate, puisse devenir le mobile de phénomènes aussi intenses que ceux d'une *fièvre intermittente* assez grave pour causer la mort. La seule phlegmasie intermittente du foie pourrait produire des symptômes assez violens pour expliquer cette issue funeste : mais on connaît les symptômes de l'hépatite aiguë ; on les a décrits, lorsqu'il se sont offerts intermittens, sous le nom de *fièvre pernicieuse hépatique*, et il est tout simple qu'à leur suite on ait trouvé des traces de phlegmasie du foie. Mais, sans qu'ils aient existé, et alors même que, pendant la vie, des symptômes de gastro-entérite seuls se sont manifestés, il est arrivé qu'on a observé l'engorgement sanguin du foie seul, ou plus ordinairement accompagné de celui de la rate : or, cet engorgement n'est nullement la source des phénomènes qui ont existé pendant la vie, comme l'ont cru quelques auteurs. Quelquefois, peut-être, il est sympathique de l'irritation des voies digestives ; mais, dans le plus grand nombre des cas, c'est évidemment un effet mécanique du refoulement du sang de l'extérieur à l'intérieur, du système capillaire sanguin de la périphérie dans le système

capillaire sanguin du centre, produit par le frisson (1). Examinez en effet ce qui se passe dans ce phénomène : la peau se crispe et pâlit, le sang fuit le système capillaire extérieur, il afflue vers le centre comme par une espèce de refoulement. Où va-t-il se rendre? Qu'on y réfléchisse, et l'on verra que ce ne peut être que dans les gros faisceaux de capillaires sanguins susceptibles de céder et de se distendre à son abord. Quels sont ces faisceaux? Tout le monde répond : la rate, le foie et les poumons. Ces organes s'engorgent donc, et la mort survient pendant la période de frisson : on trouve alors ces engorgemens dont tous les auteurs ont parlé, et de plus la phlegmasie gastro-entérique, si les symptômes que nous avons dit lui être propres ont existé pendant la vie. L'engorgement du foie et de la rate surtout se remarque davantage que celui du poumon après les gastro-entérites intermittentes, parce que le siége de la phlegmasie contribue déjà à déterminer la congestion du sang dans l'abdomen, et qu'en outre ces deux organes sont sympathiquement excités par elle. Il est si vrai que cette dernière cause contribue à produire ces engorgemens spléniques et hépatiques, que chez les personnes à poumons irritables l'afflux du sang se fait vers la poitrine : nous l'avons malheureusement éprouvé plus d'une fois sur nous-même; mais elle ne fait qu'y contribuer, et n'en est pas la principale cause, ainsi que le prétendent quelques auteurs, autrement on devrait les observer fréquemment dans les gastro-entérites continues, et ils y sont au contraire très-rares. Le mécanisme de ces engorgemens est le même que pour ceux produits dans la rate, le foie et les poumons par une course forcée, et celui de la glande thyroïde pendant les efforts de l'enfantement; les causes seules diffèrent.

Quelquefois l'engorgement sanguin de la rate ou du foie se

(1) Voyez *Histoire des phlegmasies chroniques*, tom. Ier, pag. 108, 2e édition.

dissipe dans l'intervalle des accès; mais souvent aussi il persiste en totalité ou en partie, et cela a lieu particulièrement dans la rate, dont la texture lâche et molle réagit à peine sur le sang qui l'obstrue. Alors chaque frisson vient encore augmenter l'*obstruction*, et si les accès sont nombreux, il reste dans l'organe un noyau d'engorgement qui peut à la longue entraîner la désorganisation de l'organe. Ces *obstructions* peuvent exister pendant des années entières dans la rate, sans gêner autrement que par leur masse et leur poids; et ce fait dépose fortement contre l'origine inflammatoire qu'on veut leur attribuer, et milite en faveur de celle que nous leur supposons. Mais enfin elles finissent par irriter les parties environnantes, s'enflammer elles-mêmes, et conduire le malade au tombeau par le marasme. Il arrive quelquefois aussi que la rate désorganisée et ramollie, ne pouvant plus opposer une résistance suffisante à l'abord du sang dans un nouveau frisson de gastro-entérite ou de toute autre phlegmasie intermittente, se rompt et donne lieu à un épanchement abdominal promptement mortel. Dans le foie, organe plus irritable et plus important dans la chaîne des fonctions que la rate, l'*obstruction* devient plus promptement une cause de phlegmasie chronique, et entraîne plus rapidement la mort; et comme les symptômes conservent, sinon le type intermittent, du moins des exacerbations à certaines heures du jour, ainsi qu'il arrive dans toutes les phlegmasies chroniques, on ne manque pas d'attribuer la *fièvre intermittente* qui a ouvert la scène à la phlegmasie du foie dont on découvre les traces. Sans doute il en est ainsi quelquefois, puisque la phlegmasie aiguë du foie peut être intermittente; mais dans le plus grand nombre des cas les choses se passent ainsi que nous l'avons exposé: l'analyse des symptômes des premiers accès en fournit la preuve.

Quant à la tuméfaction des ganglions mésentériques et du pancréas, elle est trop évidemment l'effet sympathique de la phlegmasie de la membrane muqueuse gastro-intestinale, pour

que nous ne nous croions pas dispensés d'insister longuement sur ce point. Est-il besoin d'ajouter que ces *obstructions*, dont la nature et la cause diffèrent beaucoup de celles des précédentes, peuvent aussi entraîner la mort par leur seule inflammation et celle des parties environnantes, la phlegmasie gastro-intestinale ayant totalement disparu. (Voyez ce que nous en avons dit en traitant de l'*entérite*.)

Enfin, un épanchement de sérosité est fréquemment la suite des diverses obstructions dont il vient d'être question; et c'est ce qui a fait dire aux auteurs que les *fièvres intermittentes* produisaient souvent l'*ascite*. Nous essaierons d'expliquer plus tard le mode de formation de ces épanchemens.

On voit combien sont nombreuses et variées les lésions cadavériques qui se rattachent aux gastro-entérites intermittentes; car les engorgemens dont nous avons parlé sont susceptibles de présenter toutes les dégénérescences propres aux phlegmasies chroniques de chacun des organes auxquels ils appartiennent. Il faut donc être bien pénétré du vrai mode d'enchaînement de tous ces désordres, si l'on veut se livrer avec fruit aux recherches anatomico-pathologiques sur l'affection qui nous occupe.

Traitement. Avant la découverte du quinquina, on traitait les irritations intermittentes comme les irritations continues; les saignées faisaient partie du traitement de la plupart d'entre elles : mais lorsque cette précieuse écorce fut connue en Europe, ses propriétés la firent bientôt préférer à tous les autres moyens, et elle finit, dans ces derniers temps, par être presque exclusivement employée. Sans doute ce médicament possède de grandes vertus, mais il est soumis, dans son emploi, à certaines conditions qu'il n'est pas permis de méconnaître sans danger, et que nous devons par conséquent essayer de préciser avec exactitude.

En infusion, décoction, extrait, teinture, poudre, on a employé l'écorce du Pérou sous toutes les formes. La poudre était

presque seule employée, il y a quelques années, dans les irritations intermittentes : elle possédait en effet de grands avantages sur toutes les autres préparations. On l'administrait à la dose de deux gros jusqu'à deux onces dans l'intervalle des accès, par prises d'un, deux, trois ou même quatre gros, en commençant par les plus fortes et terminant par les plus faibles : aujourd'hui on se sert de préférence du sulfate de quinine; et, d'après les expériences de MM. Double, Chomel, etc., et celles qui nous sont propres, ce sel l'emporte de beaucoup sur toutes les autres préparations du quinquina. La dose moyenne est de douze grains, en quatre prises de trois grains chacune, mais il agit souvent à des doses moindres, comme trois, quatre, six ou neuf grains; quelquefois, au contraire, on est obligé de les porter jusqu'à vingt-quatre grains et au-delà. Dans ces derniers temps, M. Bally en a porté les doses jusqu'à quarante grains et plus, sans que l'estomac lui ait paru ressentir une fâcheuse influence de cette médication ; au contraire, il a cru remarquer qu'administré à hautes doses, le sulfate de quinine était sédatif, ralentissait les contractions du cœur, et dissipait même l'inflammation de l'estomac qui persiste quelquefois assez vive dans l'intervalle des accès. Ces résultats curieux demandent à être confirmés par de nouvelles expériences. En attendant, nous devons dire que M. Magendie s'est assuré, par des expériences aussi, que la plupart des gastro-entérites intermittentes sporadiques pouvaient être facilement dissipées par de faibles doses de ce médicament, et que trois grains suffisaient en général à cet effet.

Dans les gastro-entérites intermittentes légères, on peut ordinairement administrer le sulfate de quinine dès les premiers accès, et sans en faire précéder l'emploi par les saignées générales ou locales; mais lorsqu'elles sont très-intenses, que les accès sont longs et l'apyrexie de courte durée, il est toujours avantageux de débuter par une saignée du bras ou une application de sangsues à l'épigastre, pratiquée pendant la période

de chaleur. Cette précaution est indispensable quand l'apyrexie n'est pas parfaite ; elle assure toujours le succès du sulfate, qui sans cela devient incertain. Il est à peu près superflu d'administrer ce médicament à doses décroissantes à mesure qu'on se rapproche de l'accès, mais il importe que la dernière prise soit donnée une heure avant les premiers frissons. On doit s'en abstenir lorsque l'estomac est trop irritable, et ne pas insister sur son emploi, comme on le faisait pour le quinquina en poudre, lorsqu'il est rejeté par le vomissement, ou seulement lorsqu'il existe beaucoup de soif et de chaleur, ou des coliques, ou de l'anxiété ; dans ces cas, il faut l'administrer par la voie du gros intestin, et en même temps avoir recours à la méthode antiphlogistique des gastro-entérites continues, employée principalement pendant les accès. La diète, ou au moins un régime très-ténu, les boissons délayantes, acidules, gommeuses, etc., concourent efficacement, avec les moyens précédens, à la prompte guérison.

On guérit la plupart des gastro-entérites intermittentes par le sulfate de quinine, mais quelques-unes résistent à ce médicament; celles-ci cèdent toujours à la méthode antiphlogistique. Plusieurs autres moyens comptent aussi des succès; nous devons donc les faire connaître.

Les vomitifs, et en particulier l'ipécacuanha, donnés dans l'apyrexie, et dans les circonstances que nous avons relatées en parlant du traitement de la gastro-entérite continue, préviennent très-souvent le retour des accès. Les purgatifs produisent également cet effet, mais quelquefois aussi ils rappellent les accès lorsque déjà ils étaient depuis long-temps disparus, ce qui doit rendre très-circonspect dans leur emploi. On obtient quelquefois les mêmes résultats par les sinapismes très-chauds, appliqués entre les deux épaules, ou sur les genoux, ou sur toute autre partie du corps; par l'immersion dans l'eau froide, un bain très-chaud, des linges chauds sur tout le corps, quelques gouttes d'ammoniaque dans de l'eau, si l'on a le soin d'employer ces moyens

au moment où le frisson commence, et par la ligature des membres quelques instans avant qu'il ne se déclare. Enfin, plusieurs gastro-entérites intermittentes, sporadiques, cèdent au laudanum liquide, à la dose de quarante ou cinquante gouttes dans cinq à six onces de véhicule, donné par cuillerées d'heure en heure pendant l'apyrexie.

Les sulfates de fer, de zinc, de cuivre, d'alumine et de potasse, ont été employés contre les gastro-entérites intermittentes avec des succès divers : le premier de ces agens paraît être celui qui en compte le plus. Ces moyens n'ont d'autre inconvénient que d'être incertains; mais il en est un des plus dangereux, très-usité en Angleterre, et qu'on n'a pas craint de prôner en France : c'est l'arsenic, et spécialement l'arséniate de soude ou de potasse; nous regardons comme un devoir de le proscrire avec force, malgré quelques succès qui semblent en justifier l'emploi.

Nous n'en finirions pas si nous voulions énumérer tous les médicamens qui ont été employés dans cette affection. On a surtout cherché dans le règne végétal des substances qui pussent remplacer le quinquina; tous les efforts ont été infructueux. La racine de valériane en poudre, à la dose d'un à trois gros entre les accès, a produit cependant des guérisons assez nombreuses entre les mains de MM. Fournier et Vaidy. Mais le quinquina et les antiphlogistiques, seuls ou réunis, doivent être préférés dans tous les cas; leurs bons effets sont presque constans. Dans les gastro-entérites intermittentes des marécages, on doit sans hésiter recourir de suite au quinquina, excepté dans les cas d'exception que nous avons fait connaître, savoir, l'irritabilité trop grande des voies gastriques et l'apyrexie incomplète.

Le traitement des gastro-entérites rémittentes repose sur les mêmes bases; seulement la méthode antiphlogistique est toujours avantageuse au début, pour rendre l'intermission plus complète, et permettre l'administration du fébrifuge. Quel-

ques-unes demandent à être traitées comme des affections continues ; ce sont celles dans lesquelles les symptômes d'irritation sont encore très-prononcés pendant la rémittence : on les considère alors comme des phlegmasies continues avec des exacerbations.

De l'inflammation de la membrane muqueuse génito-urinaire.

Cette membrane revêt, chez l'homme, l'intérieur du prépuce et la surface du gland (1), le canal de l'urèthre, les parois internes de la vessie et les uretères ; et chez la femme, le clitoris et les parties environnantes, l'urèthre, la vessie et les uretères, le vagin, la matrice et les trompes utérines. Les diverses portions de cette membrane sont susceptibles de s'enflammer isolément. De là des maladies différentes, connues sous les noms de *balanite*, *uréthrite*, *cystite*, *vaginite* et *métrite*. Les unes sont communes aux deux sexes, les autres particulières à l'un ou à l'autre. On ne connaît ni l'inflammation des uretères, ni celle des trompes utérines.

De la balanite.

On désigne par ce nom l'inflammation de la surface interne du prépuce et extérieure du gland. Elle est plus généralement connue sous les noms de *blennorrhagie du gland*, *fausse blennorrhagie* et *gonorrhée bâtarde*.

La trop grande longueur du prépuce prédispose à la contracter ; la malpropreté et le coït impur en sont les causes ordi-

(1) Le repli cutané du prépuce tient le milieu pour l'organisation entre la peau et les membranes muqueuses. Il se rapproche cependant beaucoup plus de l'organisation de celles-ci que de celles-là. La surface du gland, au contraire, participe davantage des caractères de la peau. Toutefois l'inflammation de ces parties nous semble mieux à sa place parmi celles des membranes muqueuses que parmi celles de la peau.

naires. On la reconnaît à un écoulement puriforme qui s'échappe des surfaces interne et extérieure du gland, au gonflement et à la rougeur de celui-ci, dont l'épiderme est souvent détaché dans une certaine étendue, enfin à une légère cuisson et quelquefois même une simple démangeaison de ces parties. Cette phlegmasie n'est jamais longue ni grave. Elle se communique par le contact, lorsqu'elle est produite par le virus syphilitique. De simples lotions ou des bains locaux d'eau tiède ou de décoction de plantes émollientes la font disparaître en peu de jours, lorsqu'elle résulte de la malpropreté. Ces moyens conviennent encore quand cette phlegmasie a le virus syphilitique pour cause ; mais ils ne suffisent plus, d'après l'avis de quelques médecins, et on doit leur associer les agens propres à détruire le virus. Comme le traitement de cette phlegmasie est alors semblable à celui de l'uréthrite, nous en renvoyons les détails à l'histoire de celle-ci.

De l'uréthrite.

On nomme ainsi l'inflammation de la membrane interne du canal de l'urèthre, qui est aussi désignée par les noms de *gonorrhée, blennorrhagie, écoulement chronique* de l'urètre et *blennorrhée* lorsqu'elle est chronique, et vulgairement *chaude-pisse.* Elle est aiguë ou chronique.

Causes. Cette phlegmasie peut être occasionée par l'équitation prolongée, la rétention prolongée des urines, la présence d'un calcul dans la vessie, celle des vers ascarides dans le rectum, les cantharides introduites dans l'économie, soit par voie d'absorption, soit par celle de l'estomac ; un excès de bière, surtout nouvelle ; le travail de la dentition chez les enfans ; l'inflammation des tumeurs hémorrhoïdaires; le transport d'une irritation dartreuse, psorique, etc. Mais ses causes les plus ordinaires sont : la présence d'un corps étranger dans le canal de l'urèthre, d'une bougie, par exemple ; les injections

irritantes; et surtout le coït avec une femme affectée de maladie vénérienne ou de fleurs blanches très-âcres, et, dans quelques cas, avec une femme ayant seulement ses règles. Le coït, trop souvent répété dans un court espace de temps, et la masturbation, suffisent aussi quelquefois pour la produire. Enfin, on peut la faire naître en appliquant directement le *virus* syphilitique sur la membrane muqueuse du canal de l'urèthre.

Symptômes, *marche* et *durée*. L'uréthrite intense, celle qui est presque toujours produite par le virus syphilitique, se manifeste ordinairement par les symptômes suivans. Après quelques jours ou quelques heures d'un coït impur, un chatouillement, qui devient bientôt une cuisson, se fait sentir à l'extrémité de la verge; le méat urinaire rougit, se gonfle, et un mucus limpide et peu abondant en découle et agglutine les lèvres de l'ouverture du gland; le malade éprouve de fréquentes envies d'uriner, et l'émission de l'urine devient chaque fois plus douloureuse, au point d'être quelquefois intolérable; peu à peu la quantité de l'écoulement urèthral augmente; la matière en devient plus épaisse, blanche, jaune ou verdâtre; le gland et le prépuce se gonflent, et pendant la nuit des érections fréquentes et excessivement douloureuses privent le malade de repos. Ces phénomènes s'accroissent jusqu'au douzième, quinzième ou vingtième jour, et quelquefois jusqu'au trentième, après quoi ils diminuent pour disparaître complètement du trentième au cinquantième jour.

Il existe un degré encore plus élevé de cette phlegmasie. La douleur, beaucoup plus vive, se fait sentir dans toute l'étendue du canal jusqu'à la vessie; des stries sanguinolentes sillonnent la matière de l'écoulement; la membrane muqueuse de l'urèthre est tellement gonflée, que le canal, presque oblitéré, ne permet plus la sortie des urines que par gouttes ou par un filet très-délié (*dysurie* ou *ischurie*, suivant que l'émission de l'urine est difficile ou douloureuse); quelquefois l'émission de ce liquide est suivie ou précédée de l'issue d'une certaine quantité

de sang pur et vermeil. Des érections presque continuelles sont accompagnées de douleurs atroces ; et comme l'urèthre enflammé ne peut pas s'alonger avec les corps caverneux, la verge se courbe du côté de ce canal, et c'est ce qui a fait donner à ce degré de l'uréthrite le nom vulgaire de *chaude-pisse cordée*. L'engorgement des glandes inguinales accompagne fréquemment cette violente inflammation.

L'inflammation de l'urèthre se transmet quelquefois à des parties voisines, telles que les testicules, la glande prostate, les glandes de Cowper, et le tissu cellulaire qui entoure le bulbe. La plus fréquente de ces phlegmasies secondaires est celle des testicules. Elle commence par un léger gonflement et une douleur faible de l'épididyme, se propage au testicule, qui devient énorme, dur et très-douloureux, et finit par envahir quelquefois le tissu cellulaire et le scrotum. On attribue généralement cet accident à la diminution ou à la suppression intempestive de la sécrétion uréthrale, ou à une irritation exercée sur les testicules par des agens ou des actes extérieurs. Mais il suffit de rappeler que plusieurs praticiens traitent la plupart des uréthrites, dans toutes leurs phases, par des moyens qui suppriment promptement l'écoulement du mucus, sans produire la phlegmasie testiculaire, pour faire sentir combien la première supposition est peu fondée. Quant à la seconde cause, elle est réelle ; mais elle est infiniment plus rare qu'on ne pense, et la plupart des hommes dont les testicules s'enflamment pendant le cours d'une uréthrite, ne savent à quoi rapporter cet accident ; plusieurs même le voient survenir malgré le repos le plus absolu, pendant un traitement adoucissant, et sans avoir éprouvé la plus légère excitation dans ces organes. Où faut-il donc chercher cette cause ? dans cette loi générale, par laquelle tous les corps glanduleux s'enflamment principalement sous l'influence des phlegmasies des membranes muqueuses à la surface desquelles viennent s'ouvrir leurs conduits excréteurs. Nul doute en effet que, dans la très-grande majorité des cas, la

phlegmasie testiculaire ne soit l'effet sympathique de l'inflammation uréthrale; et, de même que les autres glandes, le testicule ne s'enflamme sans doute ainsi que lorsque les orifices de ses conduits excréteurs sont atteints par la phlegmasie de la membrane. Ce qui tend à le faire croire, c'est que cet accident n'arrive jamais dans les cas d'uréthrite bornée au gland et à la fosse naviculaire. Il est vrai qu'on en pourrait aussi bien conclure que l'irritation pénètre dans les conduits déférens et se transmet au testicule par voie de continuité, surtout si l'on remarque qu'un seul de ces organes est ordinairement atteint; qu'ils le sont souvent alternativement et plusieurs fois de suite dans la même maladie et chez le même sujet, et enfin que leur phlegmasie n'accompagne pas ordinairement les uréthrites les plus violentes. Au reste, nous pensons que l'inflammation testiculaire reconnaît tantôt l'une et tantôt l'autre cause, plus fréquemment la première que la seconde, et quelquefois, ainsi que nous l'avons dit plus haut, une irritation directe exercée sur les testicules.

Les phlegmasies de la prostate et des glandes de Cowper naissent sans doute de la même manière. Lorsque la première se manifeste, elle produit d'abord une sensation de pesanteur et de chaleur au périnée, près de la marge de l'anus, et des ténesmes, et des envies d'uriner fréquentes; bientôt le col de la vessie devient très-douloureux, et les efforts pour aller à la selle en augmentent la douleur; enfin la glande se gonfle, on sent distinctement la tumeur qu'elle forme en introduisant le doigt dans l'anus; les urines ne sont rendues qu'avec difficulté, et l'augmentation de la chaleur générale et la fréquence du pouls se manifestent. Quelquefois cette phlegmasie se termine par suppuration, et alors la présence du pus, qui ne peut pas se faire jour au dehors, entretient un état d'irritation générale, bientôt suivie de l'amaigrissement et quelquefois de la mort du malade. L'obstacle à l'émission des urines est encore dans ce cas un des plus graves symptômes de l'affection; l'issue en est

quelquefois rendue complètement impossible (*strangurie*). Voy. *Prostatite*. Quant aux phlegmasies des glandes de Cowper et du tissu cellulaire qui entoure le bulbe, on les reconnaît aux tumeurs qu'elles développent le long du canal de l'urèthre.

Les symptômes de l'uréthrite, même par cause vénérienne, sont loin d'être toujours aussi intenses que nous les avons décrits. Souvent ils consistent dans une simple douleur en urinant, et une secrétion plus ou moins abondante de mucus; c'est ce qui a lieu même le plus ordinairement lorsque cette phlegmasie n'est pas l'effet du virus syphilitique. Toutefois on a vainement cherché jusqu'à ce jour des signes propres à faire distinguer l'uréthrite vénérienne de celle qui ne l'est pas, celle qui peut se communiquer par contagion de celle qui ne se transmet pas de la sorte. Quelquefois cette phlegmasie ne se manifeste que par une douleur vive de l'urèthre, sans aucun écoulement.

Enfin, lorsque l'uréthrite est passée à l'état chronique, ou bien a débuté sous cette forme, ce qui est fort rare, elle consiste ordinairement dans un écoulement peu abondant d'un mucus légèrement visqueux, blanc, jaune, verdâtre, et même roussâtre s'il y a ulcération de la membrane, tachant le linge de l'une de ces couleurs, quelquefois sans douleur, d'autres fois accompagné d'un peu de chatouillement ou de cuisson lors de l'émission des urines, ou d'un peu de sensibilité que le toucher seul réveille dans l'un des points du canal. Le moindre excès dans le régime, et surtout dans les plaisirs de l'amour, augmente la quantité de cet écoulement.

Terminaisons et *pronostic*. L'uréthrite aiguë se termine toujours par la résolution ou le passage à l'état chronique; c'est dire que le pronostic n'en est jamais bien grave. La marche de l'uréthrite chronique est lente, et sa durée indéterminée. Elle se termine par résolution, par l'induration d'un point de la membrane muqueuse, son ulcération, ou la formation de brides et de carnosités à sa surface. Le rétrécissement de l'urè-

thre et les inconvéniens qui en résultent, les fistules urinaires et les désordres qu'elles entraînent, sont presque toujours des résultats de cette phlegmasie. Tant qu'elle n'a produit aucun de ces désordres, elle est peu grave. En général elle est très-opiniâtre.

Traitement. Le traitement rationnel de cette phlegmasie est antiphlogistique. Dans le plus grand nombre des cas, des boissons abondantes, délayantes, mucilagineuses et légèrement diurétiques, telles que les décoctions de graine de lin, d'orge, de chiendent, de pariétaire, de guimauve, de saponaire, de fraisier; le petit-lait, les émulsions, le sirop d'orgeat dans l'eau, l'eau de veau, de poulet, etc., avec addition de douze à vingt-quatre grains de nitrate de potasse par pinte; une alimentation légère, choisie parmi les substances végétales douces et les viandes blanches; l'abstinence de toute boisson stimulante, de tous les exercices qui exigent quelques efforts, du coït et de tout ce qui peut faire naître des idées libidineuses, enfin l'application sur les testicules d'un suspensoir bien fait, suffisent ordinairement pour en procurer la guérison dans l'espace de trente à quarante jours. Mais lorsqu'elle est très-intense, il devient indispensable de faire garder le lit au malade, de le tenir à une diète plus ou moins sévère, de lui prescrire des bains entiers ou des bains de siége émolliens, des lavemens et des cataplasmes au périnée et autour de la verge, des sangsues dans toute l'étendue du canal jusqu'auprès de l'anus, et quelquefois même une ou plusieurs saignées générales. Quand les douleurs sont trop vives, on ajoute du laudanum ou du sirop diacode aux tisanes, et on rend les bains et les cataplasmes narcotiques, en y ajoutant de la décoction de têtes de pavots, ou en arrosant ceux-ci avec le laudanum de Rousseau. Les émulsions auxquelles on ajoute dix à douze grains de camphre par livre, et qu'on édulcore avec une once de sirop diacode, sont un des meilleurs calmans dont on puisse faire usage dans cette circonstance. Enfin, lorsque les symptômes inflam-

matoires sont dissipés, et qu'il ne reste plus que l'écoulement du mucus, il est toujours prudent, dit-on, et souvent indispensable, de faire subir au malade un léger traitement antisyphilitique, et l'uréthrite est le résultat d'un coït impur. A cet effet, on ordonne quatre ou cinq grains de protochlorure de mercure tous les jours pendant quelque temps, ou quelques pilules d'onguent mercuriel, celles d'Hahnemann ou de Plenck, ou toutes autres, pendant douze à quinze jours, ou quelques frictions avec l'onguent mercuriel le long du canal, ou enfin quelques grains d'hydro-chlorate d'or et de soude, fractionnés et employés en frictions sur la langue, suivant la méthode du docteur Chrestien. En même temps, on tente de faire cesser la sécrétion uréthrale par des injections légèrement astringentes avec le sulfate de zinc, d'alumine ou de cuivre, etc., et l'usage intérieur des pilules de térébenthine, ou du baume de Copahu, du ratanhia, ou du Colombo, etc. Il est inutile d'avoir recours à ces derniers moyens, si la sécrétion du mucus diminue d'elle-même et semble vouloir se tarir naturellement. Quand l'uréthrite n'est pas accompagnée d'écoulement de mucus, quelques bains, des délayans, le camphre, l'opium et un régime adoucissant, suffisent toujours pour en obtenir la guérison. Pendant tout le temps du traitement, le malade doit s'abstenir du coït, et éviter tout ce qui pourrait lui donner des idées lascives.

Les bains, les lavemens et les cataplasmes émolliens et narcotiques dont il vient d'être question, doivent être encore employés contre la phegmasie secondaire du testicule ; une ou deux applications de quinze ou vingt sangsues sur la tumeur sont même indispensables dans la première période de l'inflammation, si elle est intense. Mais aussitôt que la douleur a disparu et que la tumeur ramollie semble vouloir prendre un caractère chronique, on remplace ordinairement avec avantage les moyens précédens par les astringens et les résolutifs. On emploie donc les frictions mercurielles, les applications d'oxycrat

froid, la vapeur du vinaigre, l'eau de Goulard, les cataplasmes avec la décoction d'écorce de grenade, et la farine de graine de lin ou celle de riz ou de seigle, avec la décoction de roses de Provins, les balaustes, etc., saupoudrés avec l'hydro-chlorate d'ammoniaque, et arrosés avec l'acétate de plomb liquide, ou enfin faits avec la terre cimolée pétrie avec le vinaigre. On administre en même temps, tous les deux ou trois jours, dix-huit ou vingt grains de pilules de savon ou de Belloste, afin d'établir une révulsion sur le tube intestinal. M. Ribes prescrit le baume de Copahu depuis deux gros jusqu'à deux onces par jour, et le regarde comme le meilleur moyen de dissiper l'engorgement testiculaire. Cependant on voit plus d'engorgemens chroniques des testicules être le résultat de l'emploi trop hâtif et souvent inutile des moyens précédens, que de leur omission. D'où il est naturel de conclure que les antiphlogistiques sont encore préférables. Est-il besoin de dire que le repos absolu est de rigueur dans cette circonstance? Nous regardons comme inutile, sinon dangereux, le précepte de rappeler l'écoulement par l'introduction d'une sonde.

Les mêmes moyens antiphlogistiques et narcotiques locaux conviennent encore lorsque la prostate est enflammée. Mais il faut ici insister davantage sur les saignées locales afin de s'opposer à la terminaison par suppuration, et ne donner au contraire les boissons qu'en très-petite quantité, pour éviter de rendre trop fréquens les besoins d'uriner. Si l'émission des urines est impossible, il faut introduire une sonde dans la vessie, et, si l'on ne peut y parvenir, pratiquer la ponction. Le traitement est encore le même dans les cas de tumeurs inflammatoires développées dans les glandes de Cowper, ou dans le tissu cellulaire du bulbe.

Crawfurd, chirurgien anglais, a beaucoup vanté le poivre cubèbe, et l'a recommandé comme un spécifique de l'uréthrite. On l'emploie à la dose d'un à trois gros par jour, en six prises dans une petite quantité d'eau édulcorée avec du sirop de

gomme. Ce médicament a le double inconvénient d'être souvent infidèle, et d'irriter violemment les voies digestives. Il faut le mettre sur la même ligne que la coloquinte et la gomme gutte, dont les gens du peuple se servent souvent *pour couper la chaude-pisse.*

Quelques médecins traitent par les injections astringentes toutes les uréthrites aussitôt que l'écoulement commence. Nous avons employé cette méthode un assez grand nombre de fois aux armées et toujours avec succès. Enfin MM. Ribes et Delpech ont, dès le début, recours au baume de Copahu à hautes doses, depuis deux gros jusqu'à deux onces par jour, et en retirent d'excellens effets. Il paraît cependant, d'après les expériences de M. Lallemand, que cette médication n'est pas exempte d'inconvéniens, et qu'elle exaspère les uréthrites intenses. On devra donc, si l'on veut l'employer, la réserver pour les uréthrites de moyenne intensité, ou mieux, en faire précéder l'emploi par celui de la méthode antiphlogistique. Enfin M. le docteur Richond a consigné dans les *Archives générales de médecine* (1) plusieurs observations desquelles il résulte, que l'on guérit parfaitement l'uréthrite par des applications de sangsues sur le trajet du canal de l'urèthre pendant la période inflammatoire, et par la teinture d'iode à l'intérieur, depuis vingt jusqu'à quarante et cinquante gouttes, matin et soir, dans une eau gommeuse, lorsque cette période d'inflammation est passée.

Le traitement de l'uréthrite chronique consiste principalement dans les injections astringentes et les boissons de même nature. Les injections, qu'on peut varier à l'infini, se font ordinairement avec l'une des substances suivantes, avec la précaution de commencer à les employer peu actives et d'augmenter graduellement à mesure que la membrane de l'urèthre s'accoutume à leur action ; ce sont : les dissolutions des sul-

(1) Année 1824, tom. IV, cahier de mars, pag. 321 et suiv.

fates de zinc, d'alumine ou de cuivre, de carbonate de chaux, d'acétate de plomb, de deuto-chlorure de mercure, de nitrate d'argent, de potasse caustique, d'extrait de ratanhia, etc., auxquelles on ajoute deux gros à demi-once de laudanum de Sydenham, ou huit à seize grains d'extrait gommeux d'opium par livre. L'eau de Cologne dans l'eau commune, le vin miellé, le gros vin coupé d'eau, l'eau de mer, l'eau à la glace, l'oxycrat, la décoction d'angusture, etc., atteignent aussi le même but. On seconde l'effet de ces moyens en administrant à l'intérieur l'eau ferrée, ou les eaux minérales de Spa, de Passy ou de Vichy, le quinquina, le ratanhia, le colombo, la térébenthine, le cachou, le baume de Copahu, celui de la Mecque, du Canada, etc., et en faisant prendre des bains froids, d'eau de mer s'il est possible. Si l'uréthrite résiste à ces moyens, on tente l'application d'un vésicatoire au périnée, ou à la face interne d'une des cuisses, ou sur la région du sacrum, et l'on fait pratiquer des frictions d'onguent mercuriel sur le trajet du canal. Quelquefois il suffit de faire porter au malade une sonde dans l'urèthre pendant quelques jours pour faire disparaître l'écoulement, tandis qu'au contraire, s'il est entretenu par l'irritation exercée par une sonde, on le fait cesser en la retirant. L'uréthrite chronique, produite par les excès de bière, par l'abus du coït ou de la masturbation, l'équitation prolongée, la rétention des urines, la présence d'un calcul dans la vessie ou d'ascarides dans le rectum, cesse ordinairement aussitôt que la cause est éloignée. Quant à celle dont l'invasion a coïncidé avec la disparition d'une irritation dartreuse ou psorique de la peau, on la guérit en rappelant ces irritations à l'extérieur. Le camphre est surtout recommandé dans l'uréthrite produite par l'ingestion ou l'absorption des cantharides.

Nous renvoyons le peu de mots que nous avons à dire sur l'uréthrite de la femme, à l'histoire de l'inflammation vaginale, qui l'accompagne presque toujours.

De la cystite.

C'est le nom par lequel on désigne l'inflammation de la membrane muqueuse vésicale. On la connaît aussi sous les noms de *cystiphlogie*, *cystitie*, *catarrhe vésical*, *ischurie muqueuse*, *pyurie muqueuse*, etc.; on l'observe sous forme aiguë et sous forme chronique.

Causes. Tout ce qui porte une action irritante directe sur la membrane interne de la vessie peut devenir la cause de son inflammation. Ainsi la présence d'une pierre murale ou de tout autre corps étranger, les opérations du cathétérisme, de la pierre ou de la ponction, les plaies pénétrantes dans cet organe, les injections irritantes, l'étranglement de la vessie dans une hernie, le séjour trop prolongé de l'urine, la propagation d'une phlegmasie de la membrane muqueuse uréthrale, les diurétiques violens, les cantharides, les aphrodisiaques, en sont les causes principales. Viennent en seconde ligne les percussions sur la région hypogastrique, la compression de la vessie par la tête du fœtus pendant un accouchement laborieux, ou par la présence d'un pessaire volumineux dans le vagin; les phlegmasies des parties avoisinantes, telles que le rectum, le péritoine, etc.; les excès vénériens; enfin les secousses de l'équitation et le cahotement d'une voiture. A la tête des causes qui agissent d'une manière moins directe que les précédentes, il faut placer l'abus des liqueurs alcooliques et des boissons fermentescibles de toute espèce, et en particulier de la bière, et l'usage exclusif des viandes très-azotées, comme le gibier, ou salées ou fumées. Nous plaçons ensuite les changemens brusques de température, une boisson glacée pendant que le corps est en sueur, et la disparition d'une autre irritation hémorrhagique, inflammatoire ou nerveuse. L'âge adulte, la vieillesse, le sexe mâle, et l'habitation dans les lieux froids et humides favorisent l'action des causes précédentes.

Symptômes et marche. Les symptômes caractéristiques de cette phlegmasie sont : une douleur plus ou moins vive à la région hypogastrique que la moindre pression augmente, la tension et la chaleur de cette même région, des envies d'uriner fréquentes et douloureuses, une difficulté extrême à rendre quelques gouttes d'urine malgré les efforts les plus violens (dysurie, ischurie, strangurie), et quelquefois l'impossibilité absolue d'en expulser la plus petite quantité. Quand il s'en échappe quelques gouttes, elles causent un sentiment de brûlure et une douleur souvent des plus vives. Bientôt la vessie se distend, elle fait saillie à l'hypogastre, tout l'abdomen se tend et devient douloureux, des envies fréquentes d'aller à la selle, une sorte de ténesme vésical et un prurit douloureux dans l'urèthre tourmentent le malade. En même temps, la peau est chaude, sèche ou baignée d'une sueur exhalant l'odeur de l'urine; le pouls est fréquent, petit et dur; la langue sèche et la soif excessive. Cette série de symptômes débute quelquefois tout-à-coup, avec une intensité qui ne permet pas de méconnaître la maladie, mais quelquefois aussi la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, et la soif, existent avant qu'aucuns des phénomènes locaux soient assez prononcés pour appeler l'attention du malade et de l'observateur. On dit alors que la *fièvre* a précédé l'inflammation de la vessie; mais il est évident que c'est une erreur, et qu'ici, comme dans beaucoup d'autres cas, la phlegmasie locale existe dès le début, et qu'elle provoque des symptômes généraux avant que la lésion de la fonction de l'organe affecté soit bien manifeste.

L'inflammation aiguë de la vessie survient assez fréquemment dans le cours des phlegmasies cérébrales intenses. La sensation produite par l'urine sur la vessie, ou le besoin d'uriner, n'étant plus perçus par le cerveau enflammé, il cesse de provoquer les actes nécessaires à l'excrétion de ce liquide, dont le séjour ne tarde pas à faire naître l'inflammation vésicale. Une odeur urineuse, l'écoulement de l'urine goutte à

goutte et par regorgement, et la tension de l'hypogastre, sont les seuls symptômes qui l'accompagnent dans ce cas.

Dans toutes les nuances de l'état aigu, les symptômes de la cystite sont encore les mêmes, à l'intensité près. Il s'y joint seulement, dans un assez grand nombre de cas, l'éjection avec avec les urines, d'un mucus visqueux, blanchâtre ou jaunâtre, ou gris et inodore, qui se dépose au fond du vase et adhère plus ou moins à ses parois. L'urine présente aussi ce caractère, lors de la diminution des symptômes que nous avons décrits, soit que la phlegmasie doive se terminer par résolution, soit qu'elle passe à l'état chronique. Dans l'un et l'autre cas, les symptômes diminuent graduellement, mais quand la phlegmasie devient chronique, l'amélioration est plus lente, le mucus qui trouble les urines ne diminue pas de quantité, et tous les autres symptômes ont souvent disparu que celui-là persiste encore. Cette sécrétion morbide continue donc à se faire sans incommoder le malade, mais il ne tarde pas à s'apercevoir que tout exercice un peu violent, et tout excès de table ou vénérien, réveillent une douleur profonde et obtuse dans la vessie. Quelquefois même les accidens reparaissent avec leur première intensité, une ou plusieurs fois, à des intervalles plus ou moins éloignés, et sans que les causes de ces exacerbations soient toujours appréciables.

La cystite chronique, primitive ou consécutive, n'est pas toujours indolore et non accompagnée de symptômes généraux. Souvent, au contraire, la douleur hypogastrique est permanente; elle s'exaspère par le simple passage des matières fécales dans le rectum; chaque émission des urines la renouvelle. Il est plus rare de la voir accompagnée de chaleur générale, fréquence du pouls, perte de l'appétit et soif; quelquefois cependant cela s'observe, et alors l'amaigrissement et le marasme en sont les suites. Enfin cette phlegmasie devient souvent la cause de l'incontinence d'urine.

Durée, *terminaisons* et *pronostic*. La cystite aiguë dure de

quinze à vingt ou trente jours, la chronique pendant des mois et même des années. La première se termine par résolution, ou par la chronicité, et nous avons fait connaître les signes qui accompagnent ces deux modes de terminaison. Elle se termine aussi par suppuration, et le pus sort avec les urines, ou bien, ce qui heureusement est très-rare, il se fait jour dans la cavité du petit bassin et se rassemble à la longue au périnée ou à la marge de l'anus.

La gangrène de la vessie en est quelquefois la suite. Enfin la trop grande distension de cet organe par l'accumulation de l'urine peut en amener la rupture. La cystite chronique est rarement curable ; elle finit presque toujours par conduire le malade au marasme et à la mort, soit qu'elle n'ait fait que déterminer l'épaississement et la suppuration de la membrane muqueuse vésicale, soit qu'elle en ait produit l'ulcération, soit enfin qu'elle ait envahi les autres tissus de l'organe. Le pronostic de l'état aigu et de l'état chronique est donc à peu près également grave ; il est d'ailleurs proportionné à l'intensité de la phlegmasie, et subordonné à trop de circonstances diverses pour pouvoir être exprimé d'une manière générale

Caractères anatomiques. A la suite des cystites aiguës, on trouve la membrane muqueuse rouge, épaissie, et ses veines quelquefois très-dilatées ; ou bien elle présente des fusées de pus et rarement des foyers purulens dans son épaisseur, communiquant à l'intérieur de l'organe par des fistules. Ces petites ouvertures sont quelquefois recouvertes de sang noir et entourées de veines variqueuses ; elles exhalent toutes une odeur infecte. Dans les cas de gangrène, on observe des plaques noires, formées par la membrane muqueuse convertie en une pulpe fétide ; elles occupent chez quelques sujets toute l'épaisseur des parois de la vessie, qui sont souvent alors perforées. On rencontre dans ce cas de l'urine épanchée dans le petit bassin ou dans la cavité péritonéale. Enfin, on a rencontré la surface interne de la vessie revêtue de fausses membranes plus

ou moins étendues. Presque toujours cet organe est rétracté et réduit à une poche peu considérable. Les lésions sont encore les mêmes à la suite des cystites chroniques, mais l'épaississement de la membrane muqueuse est ordinairement plus considérable; il s'étend parfois aux autres tissus; il est, dans quelques cas, porté au point de réduire à presque rien la cavité de l'organe, qui parfois est exactement remplie par un calcul. La couleur de cette membrane est presque toujours brunâtre par plaques ou dans une grande étendue. On l'a rencontrée parsemée d'ulcérations cachées sous de gros replis formés par elle; enfin, elle est souvent ramollie.

Traitement. La saignée générale tient le premier rang parmi les moyens à opposer à la cystite aiguë de haute intensité, et il est souvent utile d'y recourir encore dans les cystites d'un degré moindre. En général, quand le pouls est dur, ce moyen est très-avantageux. Hors ces cas, il faut s'en tenir aux saignées locales, pratiquées à l'hypogastre, au périnée ou à l'anus, répétées autant de fois que la persistance de la phlegmasie l'exige, et du reste proportionnées à son intensité et à la force du malade. Chopart recommande la saignée de la veine dorsale de la verge lorsque la cystite est accompagnée d'uréthrite. Les bains tièdes, et surtout les demi-bains faits avec la décoction de plantes mucilagineuses et émollientes, et rendus légèrement narcotiques quand les douleurs sont très-intenses, sont d'un grand secours, on peut même dire indispensables après les saignées; il faut y laisser les malades pendant des heures entières, en ayant soin de maintenir le bain à la même température. On en seconde l'efficacité par les demi-lavemens et les fomentations sur l'hypogastre, faits avec les mêmes décoctions; il faut éviter que ces dernières fatiguent par leur poids. A ces moyens on joint le repos absolu, une diète sévère, et des boissons délayantes, prises en la plus petite quantité possible, et chaudes afin de provoquer la transpiration. Si la rétention de l'urine est complète, ou seulement la distension de la vessie très-con-

sidérable, et que les moyens ci-dessus ne suffisent pas pour remédier à ce grave symptôme, il faut sans hésiter pratiquer le cathétérisme, et dans les cas où il est impossible, recourir à la ponction. L'emploi des révulsifs est rarement suivi de succès dans la cystite aiguë; ce n'est que lorsqu'elle a succédé à la disparition d'une phlegmasie articulaire ou cutanée, qu'il est permis d'en espérer quelque avantage, en rappelant à son premier siége l'irritation disparue. Mais il ne faut pas oublier que dans ces cas-là même les révulsifs sont rarement efficaces, si l'on ne combat en même temps la phlegmasie par les antiphlogistiques locaux et généraux précédemment indiqués. Il ne faut pas perdre de vue surtout que, les cantharides exerçant une action spéciale irritante sur les voies urinaires, l'emploi des vésicatoires doit être entièrement écarté du traitement de cette phlegmasie. Si l'on a recours aux révulsifs, il faut donc les choisir parmi les autres irritans de la peau. Les purgatifs nous semblent devoir être proscrits du traitement de cette inflammation. On a conseillé l'opération de la taille pour remédier aux cystites produites par la présence d'un calcul; mais on a oublié, en donnant ce précepte, que la lithotomie, pratiquée sur une vessie enflammée d'une manière un peu aiguë, entraîne presque toujours la mort du malade. Il vaut donc mieux commencer par combattre et détruire, s'il est possible, l'inflammation vésicale, puis opérer ensuite. Enfin lorsque la cystite est l'effet des cantharides, on emploie le camphre avec avantage vers le déclin de l'inflammation.

On peut encore employer les saignées locales contre la cystite chronique; on doit même y recourir sans hésiter lorsqu'elle s'accompagne de douleur, et les répéter fréquemment; mais il faut dire que l'expérience n'a pas encore appris jusqu'à quel point on pouvait compter sur cette médication. Cependant, comme tous les autres moyens proposés contre cette phlegmasie échouent dans la presque totalité des cas, nous n'hésiterions pas, si nous avions à la traiter, à faire de fréquentes applica-

tions de sangsues au périnée, en même temps qu'à l'aide de la sonde à double courant, nous introduirions dans la vessie de grandes quantités d'eau tiède, émolliente, ou légèrement astringente, suivant le degré de l'inflammation. Si cependant la phlegmasie ne se manifestait que par un simple écoulement de mucus sans douleur, et surtout qu'elle fût ancienne, nous préfèrerions aux déplétions sanguines, les sétons au périnée ou à l'hypogastre, ainsi que M. le professeur Roux le recommande et paraît en avoir retiré d'excellens effets. Les révulsifs sans cantharides à la partie supérieure des cuisses ou au-dessus du pubis, la pommade stibiée sur ces mêmes parties, ne remplacent que bien faiblement les sétons. A ces moyens nous joindrions l'usage des boissons délayantes dans les cystites chroniques douloureuses, et rendues légèrement astringentes par l'addition d'une substance contenant du tannin, ou par un acide végétal dans les cystites non douloureuses. C'est dans ce dernier cas que la térébenthine, les eaux d'Enghien, de Contrexeville, celles de Barèges ou de Balaruc, coupées d'abord avec de l'eau d'orge, peuvent être employées. On ne doit cependant en user qu'avec réserve, et le meilleur est souvent de s'en abstenir. Le malade doit en même temps être placé dans un lieu sec, élevé et exposé au soleil, éviter l'humidité, et porter des vêtemens de laine sur la peau. Les végétaux aqueux, les ragoûts épicés, et la plupart des sauces en général, la bière et le cidre, doivent être sévèrement proscrits. On a tour à tour essayé contre cette phlegmasie, et rarement avec avantage, le cachou, l'opium, le raisin d'ours, la pareira-brava, la busserole, le quinquina, la thériaque, les antimoniaux, les diurétiques, les purgatifs, les sudorifiques, etc., etc. Enfin, la cystotomie réussit mieux dans la cystite chronique que dans l'aiguë, sans doute parce que l'altération de la membrane muqueuse vésicale est moins profonde, et que l'irritation n'est due qu'à la présence de la pierre, et cesse par conséquent après son extraction.

Vaginite.

Nous désignons ainsi l'inflammation de la membrane muqueuse du vagin, aiguë ou chronique ; elle a été décrite par les auteurs sous les noms d'*inflammation du vagin*, *blennorrhagie*, *catharre vaginal*, *leucorrhée*, *leucorrhéite*, et *fleurs* ou *flueurs blanches*.

Causes. Ce sont d'abord tous les agens qui exercent une action irritante directe sur cette membrane; tels que, l'introduction des corps étrangers trop volumineux, trop durs, anguleux ou acérés, le viol, les injections irritantes, les manœuvres exercées pour provoquer un avortement, et plus fréquemment encore celles pratiquées pendant l'accouchement, le passage des menstrues ou des matières âcres provenantes de l'utérus, le séjour de ces mêmes matières dans le vagin par le défaut de propreté ou par l'imperforation de la vulve, l'abus du coït, et l'infection vénérienne. Quelques autres causes, dont l'action est indirecte, peuvent aussi produire cette phlegmasie; tels sont, les excès de boissons fermentées, l'abus des alimens épicés, celui des lavemens irritans, les approches de la première menstruation, la grossesse, la phlegmasie de la vessie, et la dentition.

Ces dernières causes produisent plus fréquemment la vaginite chronique ; mais l'étiologie de cette forme de la phlegmasie est loin d'être bien connue. On dit que l'air froid et humide des grandes villes, comme Paris, contribue à son développement; mais on ne tient peut-être pas assez compte de ce grand nombre d'affections vénériennes légères que l'on y déguise sous le nom d'*échauffemens*. L'usage du café suffit pour l'entretenir chez beaucoup de femmes irritables et lymphatiques. Plusieurs faits tendent à faire croire qu'elle n'est souvent que le symptôme d'une irritation gastrique; dans quelques cas, au contraire, elle semble en être la cause. La masturbation, le coït immodéré, l'abus des bains, surtout de ceux de vapeur dirigés vers la vulve, l'état de couches, l'usage des chaufferettes, l'ha-

bitude de s'asseoir sur des coussins très-chauds et d'y rester presque immobile pendant toute la journée, sont généralement regardés comme des causes de cette affection.

Symptômes et *marche*. Ils consistent, pour l'état aigu, dans un sentiment de prurit d'abord, et bientôt de chaleur, de brûlure dans le vagin; la rougeur plus ou moins vive et plus ou moins étendue de la membrane muqueuse qui le tapisse, rougeur quelquefois accompagnée d'excoriations; le gonflement de cette membrane se propageant aux parties génitales externes où il est surtout prononcé; la difficulté de marcher et de s'asseoir; des envies fréquentes d'uriner, et enfin une douleur qui se fait ressentir dans toute la vulve au moment du passage des urines sur les parties extérieures de la génération, alors même que l'urètre ne participe en rien à l'état inflammatoire. En même temps il se fait par la vulve un écoulement de mucus, d'abord limpide et visqueux, ensuite opaque, blanc, jaune verdâtre et plus abondant, et enfin blanc de nouveau, et plus épais à mesure que sa consistance diminue. Ce mucus est ordinairement peu âcre; mais quelquefois il l'est au point d'excorier les petites et les grandes lèvres.

Quand l'inflammation s'étend à la portion de la membrane muqueuse qui revêt le col de l'utérus, un nouvel ordre de symptômes se joint aux précédens. La malade éprouve la sensation d'un corps volumineux, et causant de la pesanteur au fond du vagin, surtout lorsqu'elle veut marcher. Elle éprouve dans les aines, les lombes ou à l'hypogastre des douleurs que les moindres secousses augmentent. En explorant le col utérin par le toucher, on le sent très-chaud et gonflé, et on excite souvent beaucoup de douleur; le *speculum uteri* permet d'en voir la rougeur et la tuméfaction. L'extension de la phlegmasie à la membrane muqueuse uréthrale rend l'émission de l'urine très-douloureuse et quelquefois difficile.

Quelquefois, lorsque l'inflammation est très-intense et plus extérieure, elle se communique au tissu cellulaire des grandes

lèvres, y produit un gonflement très-considérable, avec chaleur vive et douleur intense, et détermine la formation d'un ou plusieurs abcès. Ces petits phlegmons surviennent surtout dans les vaginites résultantes de l'infection vénérienne. Enfin, dans les cas de phlegmasie violente, le pouls s'accélère, la peau s'échauffe, la soif s'allume et l'appétit disparaît.

La nuance la plus légère de la vaginite aiguë n'offre d'autres symptômes qu'un peu de démangeaison, de chaleur et de rougeur dans le vagin, et une sécrétion plus ou moins abondante de mucosités. Il ne faut pas perdre de vue qu'il n'existe pas de ligne de démarcation précise entre le degré inférieur d'une phlegmasie aiguë et le plus haut d'une phlegmasie chronique, et que cette distinction utile est cependant arbitraire.

La vaginite chronique se présente à l'observation sous divers aspects. Assez souvent elle existe sans douleur; mais fréquemment elle est accompagnée de cuisson; et dans les cas même où la membrane vaginale paraît indolore, une marche un peu prolongée, le coït répété, ou un petit excès dans le régime, suffisent souvent pour en exalter la sensibilité. Cette membrane est quelquefois épaissie, mais ce n'est pas le plus ordinaire; la rougeur y est rarement plus marquée que dans l'état naturel; l'augmentation de la chaleur peu appréciable en général; elle offre quelquefois des ulcérations. La nature et la quantité du fluide sécrété varient : tantôt limpide, séreux et très-abondant, il coule d'une manière continue, et jette la malade dans un état d'abattement général; d'autres fois, plus épais, blanc, jaune ou verdâtre, son écoulement est moindre et n'apporte aucun trouble notable dans la santé. Dans quelques cas, il est glaireux et filant comme du blanc d'œuf; dans d'autres, on l'a vu grumelé et floconneux. Chez quelques femmes il est inodore; chez la plupart son odeur est fade et nauséeuse; chez certaines il est fétide; rarement âcre, il excorie cependant quelquefois la vulve et la partie supérieure des cuisses. Sa quantité augmente presque toujours à l'approche des règles; souvent aussi l'écou-

lement cesse pendant plusieurs jours entre deux époques menstruelles ; enfin les stimulations gastriques et les affections morales tristes en déterminent la sécrétion plus abondante. L'extension de l'irritation à la membrane muqueuse qui revet le museau de tanche produit des phénomènes dont nous renvoyons la description à l'histoire de la *métrite*.

Nous avons dit que l'inflammation aiguë du vagin provoquait quelquefois l'irritation sympathique des voies digestives ; la vaginite chronique, lorsqu'elle se prolonge, et surtout quand la sécrétion de mucus est très-abondante, produit aussi le même effet. La plupart des femmes qui ont des *leucorrhées* abondantes, éprouvent des dérangemens plus ou moins considérables dans les digestions, et souvent même des douleurs épigastriques. Mais ces gastrites chroniques sont loin d'être toujours l'effet de la *leucorrhée*, elles en sont plus fréquemment la cause, et plus souvent encore peut-être ces deux irritations s'alimentent réciproquement, et sont à la fois cause et effet l'une de l'autre. (Voyez *leucorrhée*.)

Existe-il des moyens de reconnaître si une vaginite est ou n'est pas syphilitique ? Aucuns ; mais on doit soupçonner qu'elle a ce caractère, lorsqu'elle survient tout-à-coup avec une intensité assez marquée, et que la malade en accuse une cause peu probable. Dans ces circonstances, la prudence ordonne de traiter la phlegmasie comme lorsqu'on a la certitude qu'elle est vénérienne. La société renfermerait sans doute beaucoup moins de femmes leucorrhéiques, si l'on négligeait moins cette précaution.

Durée, *terminaisons* et *pronostic*. La vaginite aigue guérit ordinairement en peu de jours, quand elle est produite par toute autre cause que le virus syphilitique. Mais quand elle est l'effet de cet agent, elle se prolonge comme l'uréthrite chez l'homme, depuis vingt-cinq jusqu'à quarante et cinquante jours. Dans le premier cas, elle se termine presque constamment par résolution ; dans le second, au contraire, elle passe presque toujours à l'état chronique ; il est, en général, très-difficile de

prévenir ce mode de terminaison ; le retour périodique des menstrues et le coït auquel les malades se livrent souvent trop tôt, empêchent que la résolution complète s'en opère. Le pronostic n'en est jamais grave. Quand elle est chronique, au contraire, cette irritation est presque toujours d'une longueur interminable; des malades en sont affectées presque toute leur vie. Il est probable que dans ce dernier cas la super-sécrétion de mucus, effet d'abord de l'irritation vaginale, finit par être un état habituel de la membrane muqueuse, plutôt qu'un effet morbide. Cette phlegmasie produit quelquefois des ulcérations sur la membrane ou son épaississement. Il est souvent très-difficile et quelquefois même impossible d'en obtenir la guérison. Cependant elle ne compromet jamais l'existence des malades tant qu'elle reste bornée au vagin ; ce n'est que lorsqu'elle s'étend au col utérin et en provoque la désorganisation, ou bien lorsqu'elle est accompagnée de la phlegmasie d'un organe essentiel à la vie, qu'elle devient dangereuse. Elle est contagieuse lorsqu'elle est syphilitique.

Caractères anatomiques. On trouve presque toujours, lorsque la vaginite a duré plusieurs années, la membrane muqueuse vaginale épaissie ; souvent elle est ulcérée, quelquefois elle est d'une consistance cartilagineuse ; d'autres fois enfin elle est squirrheuse dans certains points, par zones ou par plaques, et elle rétrécit considérablement le canal.

Traitement. Rien n'est simple et facile comme le traitement de la vaginite aiguë qui n'est pas produite par la syphilis. Le repos, des bains, des lotions et des injections émollientes fréquemment répétées, quelques applications de sangsues à la vulve ou à la partie supérieure des cuisses lorsque l'inflammation est trop vive, des boissons délayantes, et une alimentation légère et non excitante ; voilà ce qui le compose. Ce sont encore les mêmes moyens qui conviennent lorsque la vaginite est le résultat de l'infection vénérienne, mais ils ne suffisent plus, et l'on y doit joindre, lorsque les symptômes d'acuité sont

dissipés, l'emploi des médicamens dits antivénériens, consistant dans les frictions avec l'onguent mercuriel, à la dose d'un demi-gros ordinairement, à la partie interne des grandes lèvres, ou dans l'usage des pilules mercurielles que nous avons indiquées dans le traitement de l'uréthrite, chez l'homme. Quelle qu'ait été la cause de la vaginite, il est presque toujours indispensable d'en terminer le traitement par les lotions ou les injections astringentes, si l'on ne veut la voir passer à l'état chronique. Ces lotions ou injections se composent avec les mêmes agens que nous avons conseillés contre l'uréthrite chronique.

On obtient en général assez difficilement la cure des vaginites chroniques; les astringens que nous venons de conseiller échouent fréquemment, les émolliens sont rarement plus avantageux. Si la phlegmasie se rapproche de l'état aigu, on doit cependant préférer ces derniers; il est même prudent de commencer le traitement de toute vaginite chronique par les émolliens, et de ne passer à l'usage des astringens qu'après s'être convaincu de leur inefficacité. On ne court aucun risque en suivant cette marche, tandis qu'on s'expose à accroître l'irritation en adoptant la marche contraire. Probablement on obtiendra plus de guérisons quand on traitera mieux la gastrite qui accompagne et souvent entretient la *leucorrhée*, et lorsqu'au lieu de gorger les malades de stimulans de toute espèce, on leur appliquera la seule thérapeutique rationnelle des irritations des voies digestives. (Voyez *Gastrite chronique.*) Quelques cures ont cependant été opérées par les stimulans, et surtout par les eaux minérales ferrugineuses, les préparations d'absinthe et les décoctions de quinquina. Dans ces cas, sans doute, les voies gastriques étaient exemptes d'irritation; peut-être même l'excitabilité y était-elle moindre que dans l'état normal. M. le docteur Gimelle emploie, depuis quelque temps, avec le plus grand succès, l'iode et ses diverses préparations.

Quels que soient les médicamens qu'on administre, il faut en seconder les effets par l'exercice, les frictions sèches, l'ha-

bitation dans un lieu sec et élevé, une nourriture appropriée à l'état de l'estomac et par une continence absolue. Les révulsifs cutanés ne nous paraissent pas assez employés dans le traitement de cette plegmasie.

De la métrite.

On donne ordinairement ce nom à l'inflammation du tissu propre de la matrice, et l'on désigne par celui de *catarrhe utérin* l'inflammation de sa membrane muqueuse. Mais, 1° ces phlegmasies existent rarement séparées; 2° celle de la membrane muqueuse prédomine presque toujours sur celle du tissu propre de l'organe; 3° la très-grande majorité des causes qui les produisent agissent sur la membrane; 4° enfin, les symptômes et le traitement sont les mêmes dans l'une et dans l'autre, à cela près de quelques différences légères et peu importantes. Nous réunirons donc ces deux phlegmasies sous la dénomination commune de *métrite*, en indiquant toutefois les signes auxquels on peut reconnaître que l'inflammation prédomine dans la membrane interne ou dans le tissu propre de l'utérus, ou même qu'elle occupe exclusivement l'une de ces parties. La métrite est aiguë ou chronique, continue ou intermittente.

Métrite aiguë.

Causes. Les plus fréquentes sont, pour l'état aigu, un accouchement laborieux, les manœuvres violentes exercées, soit avec la main pour opérer la version de l'enfant par les pieds ou décoller le placenta, soit avec le forceps mal appliqué; l'extraction d'un polype; la contusion du col utérin par l'application d'un pessaire, lorsqu'il est déjà douloureux, son déchirement, la percussion répétée de cette même partie par un pénis trop long dans l'acte trop fréquemment renouvelé du coït, l'infection syphilitique; l'opération césarienne, les coups sur la région hypogastrique, un bandage trop serré sur cette partie

immédiatement après l'accouchement, l'application de la glace dans l'intention de suspendre une hémorrhagie utérine, les injections astringentes, les médicamens abortifs, enfin la suppression accidentelle des lochies ou du flux menstruel. On range aussi parmi les causes de la métrite aiguë, l'abstinence des plaisirs de l'amour chez une femme très-ardente, la masturbation, et le froid vif vers le vagin et les parties environnantes.

Symptômes. Ils présentent des différences suivant que la phlegmasie occupe le col de l'utérus ou le corps même de cet organe. Dans le premier cas, le col utérin est rouge, brûlant, gonflé, dur et douloureux au moindre contact et à la plus légère secousse; il produit la sensation d'un corps étranger volumineux dans le vagin, occasionant une pesanteur incommode; et si cette phlegmasie est survenue dans l'état de couches ou pendant l'écoulement menstruel, les lochies ou les règles sont supprimées. Dans le second cas, la malade éprouve à la région hypogastrique une douleur obtuse et gravative qui se propage aux lombes, aux aines et quelquefois à la partie supérieure des cuisses; cette douleur augmente par la pression exercée audessus du pubis; on sent quelquefois dans cette région le corps de la matrice ayant un volume qu'il n'a pas dans l'état naturel, cet organe pèse sur le rectum et provoque des envies d'aller à la selle; le passage des matières fécales réveille la douleur, surtout si ces matières sont un peu dures; enfin la compression ou l'irritation du col de la vessie déterminent la difficulté d'uriner. Il y a suppression des règles ou des lochies, si la phlegmasie a débuté dans l'une des circonstances indiquées ci-dessus. Dans beaucoup de cas, au contraire, les malades rendent du sang liquide ou en caillots en assez grande abondance. Après quelque jours de durée et lorsque les symptômes d'acuité diminuent, il se fait souvent un écoulement de mucus provenant de la matrice; mais en général ce phénomène n'est pas aussi prononcé que dans les phlegmasies des autres membranes muqueuses, parce que celle de cet or-

gane, si mince que beaucoup d'auteurs en ont révoqué l'existence en doute, n'étant le siége d'aucune sécrétion appréciable dans l'état normal, se couvre à peine d'une légère couche de mucosité lorsqu'elle est enflammée. Ce n'est que dans les phlegmasies utérines sub-aiguës et chroniques, qu'elle acquiert la propriété de fournir à une plus abondante sécrétion. Quel que soit le siége de l'inflammation, au col ou au corps utérin, elle développe souvent des sympathies éloignées lorsqu'elle a une certaine intensité. Ainsi la peau est chaude et souvent humide, le pouls dur et fréquent, tantôt petit et tantôt plein, la soif vive et l'appétit nul. Quelquefois, quand la phlegmasie est peu intense, il existe des vomissemens sympathiques très-opiniâtres.

On soupçonne que la phlegmasie occupe plus spécialement la membrane muqueuse, lorsque la sécrétion est abondante, la douleur hypogastrique peu considérable, et que la pression ne l'augmente pas; on en a la certitude, si en outre, la cause a agi directement sur cette membrane, comme le font la plupart de celles que nous avons énumérées. Si la sécrétion est nulle, la douleur vive et le gonflement du corps de l'utérus très-marqué, il est probable que la phlegmasie a son siége dans le tissu propre de cet organe, il est à peine permis d'en douter si elle s'est développée sous l'influence d'un coup ou d'une chute sur la région hypogastrique. L'inflammation aiguë des trompes n'a point de symptômes qui lui soient propres; elle se confond avec les précédentes, et surtout avec la péritonite. (Voyez *Ovarite*.)

Le toucher jette le plus grand jour sur le diagnostic de la métrite, lorsqu'il est douteux; il en fait aussi reconnaître en partie l'étendue, le siége précis et l'intensité. On ne doit jamais négliger d'y avoir recours. En introduisant le doigt dans le vagin, on trouve ordinairement ce conduit chaud et quelquefois brûlant; et lorsqu'on a pénétré jusqu'à l'utérus, on provoque toujours de la douleur dans le point qu'occupe l'inflammation, et

dans ce point là seul quand elle est circonscrite; en même temps on sent manifestement du gonflement dans ce même point.

Marche, durée, terminaisons et *pronostic*. La marche de la métrite aiguë est en général assez rapide; cependant elle peut se prolonger pendant trente et même quarante jours. Ses terminaisons les plus ordinaires sont la résolution et le passage à l'état chronique ; rarement on la voit se terminer par la suppuration du tissu même de l'utérus, plus rarement encore par gangrène. Lorsqu'elle est très-intense, elle peut donner la mort en quelques jours. En général, cette phlegmasie est grave, soit par le danger actuel qu'elle comporte, soit par la fréquence de son passage à la chronicité.

Caractères anatomiques. On possède peu d'ouvertures de cadavres de femmes mortes de métrite aiguë ; aussi l'anatomie pathologique de cette affection est-elle encore peu avancée. On a rencontré quelquefois la membrane muqueuse rouge et épaissie, et le tissu de la matrice rouge, gorgé de sang et augmenté de volume ; en pressant cet organe, on exprimait le sang comme d'une éponge.

Traitement. Le passage de la métrite aiguë à l'état chronique est si fréquent, et ce mode de terminaison est si fâcheux, qu'on ne doit rien négliger pour obtenir la prompte résolution de l'inflammation, dès le début. A cet effet, il faut commencer par une ou deux saignées générales suivant la violence de la phlegmasie, et appliquer ensuite des sangsues à la vulve, dans le vagin, à l'anus ou sur l'hypogastre. En même temps, on recouvre la région sus-pubienne de fomentations ou de cataplasmes émolliens et narcotiques, on administre des lavemens, et l'on fait prendre des demi-bains faits avec des décoctions jouissant des mêmes propriétés que les cataplasmes; enfin on met les malades à la diète la plus sévère et aux boissons délayantes et narcotiques Si la douleur de l'utérus est très-vive, on peut donner des narcotiques à l'intérieur dans une potion. On ne doit pas se relâcher un seul instant de la sévérité du

traitement, ni rien y changer, tant que l'inflammation n'est pas considérablement diminuée. Lorsqu'elle commence à céder, on peut sans inconvénient diriger des vapeurs émollientes vers l'utérus, ce qu'il n'eût pas été prudent de tenter pendant la grande violence de l'inflammation. Elles sont surtout utiles, de même que les injections, lorsque le col est le principal siége de la phlegmasie. Quand la métrite aiguë est peu intense, il suffit souvent d'une ou deux applications de sangsues à la vulve pour la faire disparaître; dans quelques cas, on les remplace par les ventouses scarifiées à la partie supérieure des cuisses. Enfin, lorsque la phlegmasie est très-légère, on la dissipe facilement par un ou deux demi-bains émolliens et quelques cataplasmes émolliens et narcotiques sur la région sus-pubienne. Il faut faire suivre le traitement antiphlogistique par l'administration de quelques mercuriaux ou des préparations d'or, si la cause de la métrite est vénérienne.

Métrite chronique.

Squirrhe, cancer de l'utérus; squirrhe, cancer, ulcère du col utérin, ulcère de la matrice.

Causes. Ce sont toutes celles la métrite aiguë, à laquelle elle succède très-souvent. La vaginite chronique, et surtout vénérienne, en est la cause la plus ordinaire.

Symptômes. Ils varient aussi avec le siége de l'inflammation. Bornée au col, ce qui est le plus ordinaire, on la reconnaît au gonflement, à la dureté, la chaleur, la rougeur et la sensibilité de cette partie. Ce sont, en un mot, les mêmes symptômes que dans l'état aigu, mais à un degré moindre; ce qui les en distingue surtout, c'est que pendant long-temps ils ne développent pas de sympathies. Il en est de même lorsqu'elle occupe le corps utérin; ce sont encore la douleur hypogastrique, des tiraillemens dans les aines, les lombes et les parties supérieures des cuisses; de la pesanteur dans la région de

l'utérus, la compression du rectum ou de la vessie, et la sécrétion plus ou moins abondante de mucus. L'une et l'autre s'accompagne de désordre dans la menstruation, qui est accélérée, retardée, augmentée, diminuée ou entièrement supprimée. Quand elles sont anciennes et qu'elles ont déjà fait de grands progrès, elles accélèrent le pouls, augmentent la chaleur générale, troublent les digestions, et empêchent la nutrition de s'opérer.

Souvent les symptômes de la métrite chronique sont très-peu prononcés; une simple démangeaison dans le vagin et quelques troubles sympathiques des digestions sont les seuls phénomènes que les malades accusent. Mais le toucher fait ordinairement reconnaître, dans ces cas, un abaissement plus ou moins considérable du corps de l'utérus, quelquefois une déviation de cet organe, et presque toujours alors de l'engorgement, de la dureté et de la douleur dans un point plus ou moins étendu de son corps. (Voyez *Déviations.*) Il nous a quelquefois suffi de l'existence du seul prurit du vagin, prurit souvent insupportable, pour nous faire soupçonner l'invasion d'une métrite chronique que le toucher nous faisait ensuite reconnaître.

Il est rare que cette phlegmasie donne la mort avant d'avoir produit le *squirrhe* ou *cancer*, et l'ulcération, principalement du col utérin. Quelquefois cependant le squirrhe débute par l'utérus, ou bien il y a son siége exclusif; mais rien dans les symptômes, pas même les douleurs lancinantes, n'apprend à le distinguer de la phlegmasie chronique à laquelle il succède presque constamment. On n'est donc averti de cette dégénérescence que lorsqu'elle est très-avancée et se communique au col; jusque-là on n'avait pu que la soupçonner d'après l'insuccès des moyens dirigés contre la phlegmasie. L'utérus acquiert quelquefois un volume énorme; sa déformation s'étend souvent aux trompes et aux ovaires, et quelquefois elle est partagée par le paquet intestinal et le mésentère. (Voyez *Désorganisations.*)

Marche, durée, terminaisons et *pronostic*. La durée de la métrite chronique varie à l'infini, depuis quelques mois jusqu'à quinze, vingt ans et plus, et ce n'est que lorsque le tissu de l'organe s'ulcère qu'elle marche avec plus de rapidité. Il arrive même qu'elle dure plusieurs années avant d'entraîner la mort, alors même qu'il existe des ulcérations. On en obtient quelquefois la résolution; mais le plus ordinairement elle conduit les malades au tombeau par le marasme, ou bien, au milieu de son cours, elles succombent à une autre maladie.

Caractères anatomiques. Les caractères anatomiques de la métrite chronique sont beaucoup mieux connus que ceux de l'aiguë. On a trouvé cet organe d'un rouge grisâtre ou livide; sa membrane muqueuse d'un rouge plus vif, et plus visible que dans l'état normal; son corps dur, épaissi, dense et très-serré. Ces désordres n'occupent presque toujours qu'une portion de l'utérus. Lorsque la plegmasie est très-ancienne, on rencontre un épaississement plus ou moins considérable avec dureté du tissu de l'utérus, et ce tissu converti en une substance lardacée, homogène, dans laquelle on ne découvre plus les traces de l'organisation. (Voyez *Désorganisations*.)

Traitement. Tant que la métrite est peu ancienne, et que la désorganisation ne s'est pas emparée de l'organe, le traitement antiphlogistique local et général des phlegmasies chroniques est le seul convenable. Malheureusement aucun signe n'apprend à distinguer le squirrhe utérin curable de celui qui ne l'est plus, et l'on est souvent exposé à faire un traitement inutile. Mais cette difficulté même du pronostic est un motif puissant pour que, dans tous les cas douteux, on débute par les moyens les plus rationnels, le plus fréquemment couronnés par le succès, et qui offrent le moins d'inconvéniens s'ils restent sans effet. Or, ces moyens sont les antiphlogistiques, unis aux narcotiques et aux révulsifs; eux seuls réunissent les trois conditions voulues. Les saignées locales, à la vulve ou aux ma-

melles, ou pratiquées sur le col de l'utérus même à l'aide du *speculum uteri*, ou au fond du vagin au point qui correspond à la portion enflammée de l'utérus, lorsque cette inflammation est partielle, les demi-bains émolliens et narcotiques, faits avec les décoctions de feuilles de mauve, de racine de guimauve, de feuille de laitue, de têtes de pavots, de ciguë, de morelle, de jusquiame, de belladone, etc.; les injections, et les douches ascendantes, avec les mêmes liquides ou avec des eaux sulfureuses, l'eau tiède seulement ou même l'eau froide; les ventouses scarifiées et les vésicatoires à la partie supérieure des cuisses, les sétons à cette partie et même à la vulve, et les boissons délayantes, méritent donc la préférence sur tous les autres agens pharmaceutiques. Parmi ces moyens, les antiphlogistiques directs tiennent surtout le premier rang, et ce ne doit être qu'après s'être convaincu de leur impuissance, qu'on y joindra les narcotiques et les révulsifs.

On doit peu compter en général sur l'emploi des médicamens internes dans le traitement de cette phlegmasie. Cependant on a recours avec quelque avantage aux boissons délayantes, aux diurétiques faibles et aux eaux sulfureuses La partie hygiénique du traitement se compose du régime doux et non stimulant des phlegmasies chroniques, de l'abstinence absolue des plaisirs de l'amour, des frictions sèches, des bains généraux et d'un exercice modéré. Enfin, si tous ces moyens échouent, on peut tenter la cautérisation ou l'extirpation de la partie malade, si l'on a la certitude de détruire, par l'une ou par l'autre opération, tout ce qui est frappé de désorganisation cancéreuse (Voyez *Désorganisations*.)

Il n'est pas rare de voir des métrites chroniques entretenues ou fréquemment reproduites par le relâchement des ligamens de l'utérus, céder ou cesser de reparaître après l'apposition d'un pessaire; mais il est plus fréquent encore d'observer le contraire, c'est-à-dire un abaissement de l'utérus déterminé par l'inflammation de cet organe dont le poids est accru par

l'engorgement dont il est le siége, et dans ce cas, le traitement antiphlogistique dissipe le relâchement en détruisant la phlegmasie.

Métrite intermittente.

M. le professeur Alibert (1) rapporte un exemple de métrite intermittente observée par Osiander, médecin de Gœttingue. La malade qui fait le sujet de cette observation a succombé, et l'ouverture du cadavre a montré la trompe et l'ovaire droits enflammés, et des adhérences de la partie gauche de la matrice à l'intestin rectum et au péritoine. Si semblable cas se présentait, on devrait lui appliquer le traitement ordinaire des irritations intermittentes.

INFLAMMATIONS DU SYSTÈME SÉREUX.

Considérations générales.

Les membranes séreuses recouvrent ou enveloppent tous les organes importans de l'économie. Leur conformation est remarquable; ce sont des sacs sans ouverture, dont une partie est reployée sur l'autre, de la même manière que les bonnets dont on se couvre la tête pendant la nuit. Cette comparaison triviale est la seule qui puisse en donne une idée exacte. Il résulte de cette disposition, que l'organe n'est pas renfermé dans la cavité même de la membrane, et que s'il était possible de disséquer celle-ci sur la surface de son contenu, on l'obtiendrait dans toute son intégrité. Il en résulte encore, qu'une moitié de la surface interne de chaque membrane est partout en contact avec l'autre, tandis qu'une partie de la surface extérieure est contiguë à l'organe contenu, et l'autre en rapport

(1) *Traité des fièvres pernicieuses*, 2e édition, pag. 106.

avec les parties environnantes. Enfin, cette surface extérieure est partout adhérente, tandis que l'interne est libre et lubréfiée sans cesse par la sérosité qu'elle exhale.

Formées presque exclusivement par du tissu cellulaire condensé, les membranes séreuses sont en général minces, quoique d'épaisseur variable ; elles sont blanches, luisantes, transparentes, contiennent peu de vaisseaux sanguins, et semblent n'être qu'un lacis d'exhalans et d'absorbans. Elles n'ont d'autres fonctions connues que celles d'isoler les organes et d'en faciliter les mouvemens.

Une organisation et des fonctions si simples sembleraient devoir les mettre à l'abri des irritations, d'autant plus qu'elles sont rarement en rapport avec les objets extérieurs, et cependant ce sont, après la peau et les membranes muqueuses, celles que l'on voit le plus souvent affectées. Cela tient, pour la plèvre, à l'étroite sympathie qui unit cette membrane à la peau, et la force de suppléer violemment, par une exhalation plus considérable de sérosité, à la sueur tout-à-coup arrêtée; pour le péritoine, à la même sympathie, et de plus aux circonstances de l'accouchement et de ses suites; et pour l'arachnoïde, à la grande influence qu'exercent les voies digestives sur cette membrane, surtout dans l'enfance, et à d'autres causes que nous indiquerons plus tard.

L'inflammation, l'hémorrhagie et l'irritation sécrétoire paraissent être les seuls modes d'irritation dont les membranes séreuses soient susceptibles. Les dégénérescences tuberculeuses, cancéreuses, s'y montrent rarement.

Insensibles dans l'état sain, les membranes séreuses acquièrent une sensibilité excessive lorsqu'elles sont enflammées ; la douleur y est brûlante, pongitive, et le moindre mouvement l'augmente si la phlegmasie est violente ; la chaleur n'est pas toujours très-vive; la rougeur est plus marquée que ne le ferait supposer le petit nombre de vaisseaux sanguins qui pénètrent ces membranes ; enfin la tuméfaction est en général

très-peu considérable, et lorsque ces tissus paraissent épaissis d'une manière un peu marquée, c'est ordinairement à l'existence de fausses membranes qu'ils doivent cette apparence. Le tissu cellulaire qui les unit aux parties voisines participe toujours à leur état d'inflammation; quelques médecins pensent même que l'inflammation de ce tissu précède toujours celle de ces membranes.

Les caractères anatomiques de l'inflammation des membranes séreuses sont : une rougeur ponctuée, la perte de la transparence, le blanc mat dans les intervalles des points rouges, un épaississement toujours très-peu marqué, quelquefois un aspect granuleux et comme chagriné, parfois des ecchymoses, très-rarement la gangrène, et presque constamment un épanchement de sérosité dans leur cavité. Et telle est la parfaite ressemblance d'organisation de ces membranes entre elles, que les désordres y sont presque uniformes. Dans toutes, en effet, on observe les mêmes collections de sérosité connues sous le nom d'*hydropisies*, les mêmes granulations miliaires, la même facilité de formation de fausses membranes, la même disposition à contracter des adhérences, enfin la même tendance à l'ossification.

Quelquefois les membranes séreuses enflammées s'injectent fortement et leur exhalation est suspendue; mais le plus communément cette exhalation est augmentée, et les fluides qui en proviennent varient en quantité et en qualité, suivant que l'inflammation est aiguë ou chronique, qu'elle est plus ou moins intense, ou que la mort survient à une époque plus ou moins avancée de la maladie. Tantôt la quantité de sérosité est seulement augmentée et conserve toutes les qualités de l'état naturel; tantôt elle est trouble et lactescente; quelquefois elle a l'opacité et la couleur du pus; d'autres fois elle tient seulement en suspension des flocons de fibrine décolorée; elle se présente assez souvent sous l'apparence et la consistance d'une gelée tremblante, interposée entre les deux feuillets de la mem-

brane; enfin, elle est parfois sanguinolente, rarement fétide; son odeur est en général fade et douceâtre. Sa quantité varie depuis quelques onces jusqu'à plusieurs pintes. Bichat avance que la suppuration des membranes séreuses n'est jamais accompagnée d'ulcération ni d'érosions; les recherches anatomiques du docteur Scoutetten ont appris le contraire (1); mais on doit à Bichat cette remarque plus juste et très-importante, savoir que, dans les épanchemens de sérosité produits par l'affection d'un viscère étranger à la membrane, cette sérosité est limpide, transparente, et probablement de même nature que celle qui est exhalée dans l'état normal; tandis qu'au contaire, quand l'épanchement dépend de l'inflammation des membranes séreuses, le liquide est presque toujours altéré.

Les phlegmasies des membranes séreuses, quoique plus douloureuses que celles des muqueuses, provoquent en général beaucoup moins de sympathies. Il n'est pas rare de voir des pleurites et des péritonites très-intenses, ne donner lieu à d'autres phénomènes sympathiques que la fréquence du pouls et la chaleur de la peau, et quelquefois ne s'annoncer que par la douleur. L'arachnoïdite elle-même ne se révèle souvent à l'observateur que par la céphalalgie, et alors même qu'elle excite le délire et les mouvemens convulsifs, il est encore vrai de dire que le nombre des phénomènes sympathiques n'est nullement en rapport avec l'intensité et le danger de la maladie. Au reste, ce fait général n'est pas sans exceptions.

Les inflammations des membranes séreuses sont : l'*ophthalmite,* l'*arachnoïdite*, la *pleurite,* la *péricardite*, et la *péritonite.*

De l'ophthalmite.

On a donné à l'inflammation des membranes séreuses de l'œil le nom d'ophthalmie *interne*, par opposition à la phlegmasie de

(1) *Archives générales de Médecine*, tom. IV, pag. 392 et suiv.

la conjonctive, que l'on désignait sous celui d'*ophthalmie* proprement dite ; nom qui conviendrait beaucoup mieux à la première; nous la nommerons *ophthalmite*.

Causes. L'inflammation intérieure de l'œil reconnaît les mêmes causes que la conjonctivite; mais elle se développe surtout à l'occasion de celles de ces causes qui irritent directement l'intérieur de l'œil, comme les plaies, l'opération de la cataracte.

Symptômes, *marche*, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Les symptômes par lesquels l'ophthalmite se manifeste à son début sont aussi ceux de l'inflammation de la conjonctive portée à un très-haut degré. Nous ne reviendrons pas par conséquent ici sur ces symptômes; nous n'insisterons que sur quelques différences que présente cette maladie, comparée à la conjonctivite à l'état aigu, avec laquelle elle est toujours compliquée. Lorsque cette dernière a précédé, la maladie ne présente pas d'autres caractères que ceux qui ont été donnés pour la conjonctivite très-violente; dans le cas contraire, la rougeur de la muqueuse oculaire est précédée par de violentes douleurs, profondes et pulsatives, qui se propagent au sourcil et à la nuque, avec constriction de la pupille, aversion pour la lumière, céphalalgie, nausées, vomissemens, accélération du pouls, etc.; et pendant long-temps, la violence de ces symptômes n'est pas en rapport avec la coloration peu intense de la conjonctive.

La durée de cette inflammation est plus considérable que celle de l'inflammation extérieure simple. Elle peut se terminer par résolution, mais l'œil ne recouvre pas toujours en totalité le libre exercice de ses fonctions : très-souvent les membranes affectées restent opaques, ou la pupille persiste dans un état incurable de coarctation qui rend la vision tout-à-fait impossible ; d'autres fois il reste une *amaurose;* d'autres fois enfin l'organe s'atrophie complètement. Le plus souvent cette phlegmasie se termine par suppuration. On peut présumer que cette

terminaison aura lieu, toutes les fois que les symptômes sont menaçans, et qu'ils ne cèdent point aux moyens qu'on emploie pour les combattre. On connaît que la suppuration se forme, lorsque les accidens, parvenus au plus haut degré, se calment brusquement, sans diminution notable dans le volume de l'œil, et qu'il survient des frissons irréguliers. Si c'est dans la profondeur de cet organe que la collection se forme, ou, en d'autres termes, s'il se forme un *empyème* de l'œil, cet organe devient saillant et inégal dans quelque point de sa surface, l'iris, poussé en avant, s'avance vers la face convexe de la cornée; mais il est difficile d'apercevoir la couleur du pus, à cause du resserrement de la pupille. La douleur, après s'être un moment calmée, se réveille; mais alors elle est gravative et tensive plutôt qu'aiguë. Dans les cas heureux, la maladie peut borner là ses progrès; on voit alors les accidens se calmer, et le pus être résorbé au bout d'un laps de temps plus ou moins long; mais le rétablissement complet de l'organe est encore plus difficile que dans le cas précédent. Si la maladie continue sa marche, les douleurs et les accidens sympathiques se réveillent bientôt avec la plus grande violence, et ne cessent que par la rupture des membranes de l'œil, et l'écoulement du pus et des humeurs qui les distendaient outre mesure. Alors l'œil revient peu à peu sur lui-même, et se transforme en un moignon mobile, sur lequel on peut placer un œil artificiel. Enfin, dans certains cas, la violence des symptômes est telle, que le malade périt des suites de la propagation de l'irritation aux organes encéphaliques, avant que la maladie ait pu se terminer de l'une ou de l'autre des manières qui viennent d'être indiquées.

Lorsque c'est dans la membrane de l'humeur aqueuse que l'inflammation a son siège et que la collection s'établit, la maladie a reçu des auteurs le nom d'*hypopion*. On voit se former au bas de la cornée transparente, et dans la chambre antérieure, une ligne courbe, d'un blanc jaunâtre, qui suit le contour de la partie inférieure de la circonférence de cette cavité.

Cette ligne, qui est formée par le pus, s'élargit, et bientôt forme, par l'addition de nouvelles quantités de ce liquide, une tache en forme de croissant dont la concavité est tournée en haut. Lorsque la partie moyenne de ce croissant est au niveau de la pupille, si cette ouverture est libre, il reste pendant quelque temps stationnaire, parce que l'excédant du liquide s'épanche dans la chambre postérieure de l'œil. Enfin, lorsqu'il y a niveau entre la collection purulente placée au-devant de l'iris et celle qui existe en arrière de cette cloison, le centre de la tache s'élève; elle perd la forme semi-lunaire, et bientôt elle obscurcit la totalité de la cornée. Il est rare que la maladie en vienne à ce point; presque toujours l'amas de pus reste au-dessous de la pupille. Dans les cas heureux, le pus est absorbé et disparaît peu à peu; on peut espérer cette terminaison lorsque les accidens sympathiques cessent promptement; mais très-souvent la pupille reste étroite et immobile, et la cornée plus ou moins opaque. Dans les autres cas, les accidens locaux dépendans de la distension des tissus persistent, ainsi que les accidens sympathiques; la cornée s'enflamme, s'ulcère, se perfore, et le pus épanché se fait jour au dehors. Alors la douleur et les autres accidens s'apaisent, et le malade guérit. Mais la cornée, dans le plus grand nombre de cas, a perdu sa transparence pour toujours, et souvent l'iris, ayant fait hernie par l'ouverture spontanée qui s'y est faite, reste adhérent à sa face postérieure, et la pupille est déformée. Enfin, dans quelques cas rares, l'ouverture spontanée de la cornée est suivie de l'évacuation complète de l'œil.

L'inflammation des membranes séreuses de l'œil n'est jamais une maladie simple : on a déjà vu que la conjonctivite s'y joint toujours comme cause ou comme effet. Ce que nous avons dit de la marche de la maladie et des accidens qu'elle détermine prouve que, dans l'empyème de l'œil, il y a toujours inflammation concomitante de l'hyaloïde, de la rétine et de la choroïde, et que l'inflammation de la membrane de

l'humeur aqueuse est toujours accompagnée d'iridite, et souvent aussi de la cornéite.

Traitement. Il ne diffère pas de celui de la conjonctivite très-violente. Lorsque le pus est formé, et les accidens calmés par les évacuations sanguines, le meilleur moyen d'obtenir la résorption du liquide épanché est d'insister fortement sur les révulsifs appliqués aux tempes, derrière les oreilles ou mieux à la nuque, et surtout, si le canal digestif est sain, sur ceux qu'on dirige sur la membrane muqueuse gastro-intestinale. On a cru qu'on pourrait hâter la guérison à l'aide de certains moyens physiques ou chirurgicaux. Galien rapporte qu'un de ses contemporains, nommé Justus, secouait fortement la tête de ses malades pour faire descendre le pus vers la partie inférieure de l'œil. Mauchard, dans les cas où le pus était épanché derrière l'iris, faisait placer ses malades sur un lit, la tête basse, et exerçait alors des frictions sur la partie inférieure de l'œil pour faire remonter le liquide jusqu'à la pupille, et le faire passer par cette ouverture dans la chambre antérieure, où il pensait que l'absorption était plus active. On a pensé aussi qu'il conviendrait de donner, par une incision, issue au liquide épanché. Galien est le premier qui ait fait cette opération. Elle a été tentée par A. Paré, Lazare Rivière, Maître-Jean, Saint-Yves, Nuck, Méekreen, Bidloo, Woolhouse, etc.; mais l'expérience a prouvé aux oculistes modernes que cette opération doit être rejetée, comme méthode générale, et que la simple incision de la cornée renouvelle et aggrave les accidens au lieu de les apaiser. Cependant elle ne doit pas être totalement repoussée de la pratique, car elle peut être d'une grande utilité toutes les fois que les accidens sont un effet de la violente distension des membranes oculaires; et, dans ce cas, il ne faut pas balancer à la pratiquer. Le procédé le plus simple consiste à faire placer le malade comme pour l'opération de la cataracte. Si la collection a son siége dans le corps vitré, on plonge un bistouri dans la sclérotique, et l'on fait une incision

transversale, assez grande pour donner une issue libre au pus et aux humeurs de l'œil. Si les accidens sont produits par un *hypopion*, on fait avec un couteau à cataracte une incision à la cornée transparente, analogue à celle de l'opération de la cataracte par extraction ; mais moins grande d'un tiers, et l'on traite ensuite le malade comme s'il avait subi cette opération. Nous indiquerons, en parlant des maladies de la cornée, les soins à donner lorsque cette membrane s'est perforée spontanément.

De l'iridite.

Quoique l'iris n'appartienne pas aux membranes séreuses, nous plaçons l'histoire de son inflammation après celle des membranes séreuses de l'œil, parce que ces phlegmasies existent souvent réunies, que long-temps on les a confondues sous le nom commun d'*ophthalmie interne*, et enfin parce que l'iris n'ayant pas d'analogue parmi les autres tissus de l'économie, et la nature de celui qui lui est propre n'étant pas bien déterminée, nous avons pensé que sa phlegmasie serait mieux placée ici qu'ailleurs. Cette inflammation est souvent accompagnée de celle de la cornée, ou de celle de la choroïde, ou de celle des procès ciliaires; mais on l'observe encore assez fréquemment isolée, pour qu'on ait pu l'étudier avec soin. Elle se montre sous forme aiguë ou chronique, et sous forme continue ou intermittente.

Causes. Les causes de l'iridite sont encore les mêmes que celles de la conjonctivite; mais on signale plus spécialement celles qui exaltent la fonction de l'organe de la vue, telles que la lumière trop intense, les veilles, les lectures prolongées, les corps très-brillans, etc. Les hommes qui, comme les verriers, travaillent exposés à une lumière vive, accompagnée d'une grande chaleur, en sont souvent affectés. Les changemens de température paraissent influer sur sa production. Tous les auteurs s'accordent à regarder le virus syphilitique comme

une des causes fréquentes de cette phlegmasie ; M. Travers pense en même temps que l'abus du mercure peut aussi la produire.

Symptômes et *marche*. Un seul œil est ordinairement affecté dans l'iridite. Le malade éprouve d'abord à cet œil et au fond de l'orbite une douleur gravative, prolongée, continuelle, et accompagnée d'un larmoiement abondant. Bientôt l'iris se colore en jaune, puis en rouge successivement plus vif; il s'épaissit, prend un aspect fongueux, se contracte, et la pupille se rétrécit. On voit se détacher de toute la surface antérieure de la membrane des filamens celluleux et floconneux jaunâtres qui lui donnent un aspect tomenteux, et dont quelques-uns se portent même dans la pupile, s'y rapprochent, et y forment quelquefois un réseau assez serré pour intercepter presque complètement le passage des rayons lumineux. Le contour interne de l'iris est alors tuméfié et replié vers le cristallin. Lorsque l'inflammation est très-violente, la plus faible lumière est insupportable; l'œil se cache sous la paupière supérieure; les douleurs sont des plus vives, et s'étendent à une plus ou moins grande partie de la tête ; le pouls devient dur et fréquent; la chaleur de la peau s'accroît; l'appétit se perd; la soif s'allume, et souvent il survient du délire. Dans quelques cas, les vaisseaux injectés de l'iris se rompent, et il se fait un épanchement de sang dans les chambres de l'humeur aqueuse.

L'inflammation n'envahit pas toujours l'iris toute entière : elle se borne quelquefois à une partie de cette membrane ; et tantôt elle commence par le bord pupillaire, et tantôt par le bord ciliaire. Les autres membranes de l'œil participent presque toujours, plus ou moins, à l'irritation ; la conjonctive surtout s'injecte autour de la cornée, et il en résulte une auréole rose, qui persiste chez quelques sujets après la guérison, et s'accroît pour la cause la plus légère. Ce signe indique le renouvellement de l'irritation de l'iris, et devient par conséquent le signal de précautions contre l'action des causes.

L'iridite présente quelques particularités dans ses symptômes chez les individus affectés de maladie vénérienne. La douleur, l'impression pénible de la lumière et le larmoiement paraissent plus considérables que ne l'indique l'intensité de l'inflammation. Il existe presque toujours une douleur fixe, profonde, paraissant siéger dans l'os frontal, et qui occupe le sourcil et la partie supérieure et antérieure du crâne. Cette douleur revient tous les soirs, s'accroît jusqu'à minuit et se dissipe graduellement au commencement du jour; elle s'accompagne d'un accroissement de la rougeur de l'œil et de tous les symptômes de l'inflammation. La vue reste affaiblie pendant quelques heures après ces accès; le malade goûte à peine un peu de repos pendant le jour, et ses souffrances ne tardent pas à l'épuiser (1).

Durée, *terminaisons* et *pronostic*. La durée moyenne de l'iridite aiguë est de huit à dix jours; à l'état chronique, elle peut se prolonger indéfiniment. Cette phlegmasie se termine par résolution, par suppuration, ou par le passage à l'état chronique. La suppuration peut avoir lieu de deux manières : ou bien il se forme un abcès dans l'épaisseur de la membrane, ou bien du pus est sécrété à sa surface, et s'épanche dans les chambres de l'œil, en telle quantité parfois qu'il s'élève jusqu'au-dessus de la pupille. Dans ces derniers cas, sans doute, l'inflammation s'étend aux membranes séreuses de l'œil. Lorsque l'iridite passe à l'état chronique, la membrane reste quelquefois contractée, ce qui rétrécit l'ouverture pupillaire; d'autres fois des productions fongueuses se développent à sa surface. Dans un très-grand nombre de cas l'iris contracte des adhérences, soit avec la cornée transparente, soit avec la capsule cristalline, soit avec les procès ciliaires; ou bien il est déchiré dans un ou plusieurs points, et il en résulte autant de

(1) Additions de MM. Bégin et Fournier au *Traité des principales Maladies des yeux*, par Scarpa, tom. Ier, pag. 469.

pupilles qui nuisent à la vision. Lorsque l'iridite reconnaît le virus syphilitique pour cause, on voit se développer, à la circonférence extérieure et au bord pupillaire de l'iris, des excroissances arrondies, rougeâtres ou brunâtres, qui acquièrent quelquefois un volume considérable, et produisent des accidens graves. Il arrive encore, dans cette même circonstance, que l'iris s'ulcère, ainsi que la cornée et la sclérotique, et que la désorganisation cancéreuse s'empare de toutes ces parties. Enfin des ulcérations se forment parfois sur les paupières, en même temps que des exostoses se développent au contour de l'orbite et à la racine du nez, et que la carie s'empare des os voisins (1). Le pronostic de l'iridite est toujours grave ; elle est plus difficile à guérir à l'état chronique qu'à l'état aigu.

Traitement. Le traitement de la conjonctivite est encore celui qui convient contre l'iridite ; mais comme le danger est des plus pressans, il faut employer les moyens antiphlogistiques les plus énergiques. Les saignées générales doivent être employées d'abord, au bras, au pied, ou à l'artère temporale, et l'on doit en seconder l'effet par les applications de nombreuses sangsues autour de l'orbite. Les émolliens, les narcotiques appliqués froids, et même les topiques glacés, seront employés d'une manière permanente et continue sur le globe de l'œil. En même temps on tiendra le malade dans le repos le plus parfait, dans l'obscurité, à la diète la plus absolue, et on lui donnera des boissons délayantes et légèrement laxatives. On pourra même, si les voies digestives sont exemptes d'irritation, exercer une révulsion à l'aide des purgatifs et des lavemens irritans. Les Anglais et les Allemands font un grand usage du proto-chlorure de mercure dans cette maladie, et disent en retirer d'excellens effets : autant vaut ce purgatif qu'un autre. Lorsque l'iridite dépend du virus syphilitique, on doit la traiter par les mêmes moyens antiphlogistiques, tant que dure la période d'acuité ;

(1) Bégin et Fournier, *ouvrage cité*.

mais, lorsqu'elle est passée à l'état chronique, il faut avoir recours aux mercuriaux. On fait usage, avec succès, d'une pommade d'onguent mercuriel et d'opium, ou d'une légère dissolution de deuto-chlorure de mercure avec addition de laudanum, que l'on emploie sur l'œil même. On remédie fréquemment au rétrécissement de la pupille, qui persiste quelquefois après la guérison de l'iridite, par l'extrait de belladone. Enfin, quand du pus s'est accumulé dans les chambres de l'œil, s'il irrite les parties avec lesquelles il est en contact, s'il y entretient une phlegmasie chronique, il faut lui donner issue par une incision faite à la cornée transparente; dans les cas contraires, l'opération est inutile et pourrait devenir dangereuse. (*Voyez* l'article précédent.)

De l'arachnoïdite.

On donne ce nom à l'inflammation de l'arachnoïde, soit qu'elle occupe l'arachnoïde cérébrale, soit qu'elle ait son siége dans l'arachnoïde rachidienne. Elle est aiguë ou chronique; continue ou intermittente. Nous décrirons séparément l'arachnoïdite cérébrale et l'arachnoïdite rachidienne.

Arachnoïdite cérébrale aiguë.

L'inflammation aiguë et continue de l'arachnoïde du cerveau a été décrite par les auteurs sous une foule de noms différens. C'est ainsi qu'elle a été tour à tour désignée par les noms de *phrénésie*, *fièvre maligne*, *fièvre ataxique*, *fièvre cérébrale*, *hydrocéphale aiguë*, *apoplexie séreuse*, *apoplexie méningée*, *arachnitis* et *méninginite*. Nous emploierons exclusivement celui d'*arachnoïdite*.

Causes. Tous les tempéramens sont également disposés à contracter l'arachnoïdite cérébrale, mais l'enfance et l'âge adulte en sont plus fréquemment atteints que l'âge mûr et la

vieillesse, et les hommes plus souvent que les femmes. Ses causes occasionelles sont : les percussions du crâne, l'insolation, les phlegmasies aiguës ou chroniques du cerveau, les passions tristes, une vive frayeur, la présence d'un érysipèle à la face, et surtout au derme chevelu, l'application du feu sur la tête, la guérison trop rapide de la teigne par les répercussifs, la suppression du suintement qui se fait habituellement derrière les oreilles des enfans, toutes les violentes douleurs, la dentition difficile, l'abus du café, de l'opium, des liqueurs alcooliques; les miasmes qui produisent le *typhus*, la *fièvre jaune* et la *peste*; l'inflammation de la membrane muqueuse des voies digestives, celle d'une autre membrane séreuse, et enfin toutes les causes ordinaires des phlegmasies, telles que la suppression d'un exanthème, d'un écoulement sanguin ou purulent habituel, l'omission d'une saignée, etc.

Symptômes. Ceux du début sont en général assez vagues, à moins que l'invasion ne soit brusque. Ils consistent dans une céphalalgie plus ou moins vive, de la tristesse, de l'abattement, de la tendance à l'assoupissement, quelquefois l'accélération du pouls et l'augmentation de la chaleur; d'autres fois le ralentissement de la circulation et la diminution de la température. Mais ces symptômes sont trop vagues pour faire soupçonner l'inflammation de l'arachnoïde; chez les enfans, et souvent chez les adultes, ils accompagnent ceux de la gastro-entérite : il était cependant essentiel de les faire connaître, afin que le praticien se tienne sur ses gardes lorsqu'il les observe et qu'il ne sait à quel organe les rapporter. Mais les suivans, qui leur succèdent ou apparaissent dès le début, ne laissent aucun doute sur l'existence de l'arachnoïdite : ce sont, la vive céphalalgie, le délire, le coma, les mouvemens convulsifs des membres, leur contracture, les soubresauts des tendons, l'immobilité de la pupille dans l'état de dilatation ou de contraction, quelquefois sa dilatation et sa contraction alternatives, la rotation du globe de l'œil, le strabisme, le serrement des mâchoires, le grin-

cement des dents, la déviation de la bouche, le crachotement continuel, l'écume à la bouche, la rougeur et la pâleur alternatives de la face, la surdité ou l'exaltation de l'ouïe, le réveil en sursaut pendant la nuit, les cris et les vociférations. Il n'est même pas besoin que tous ces symptômes se trouvent réunis, ce qui d'ailleurs n'a jamais lieu, pour caractériser cette inflammation; il suffit de la réunion de quelques-uns d'entre eux, tels que le délire, les convulsions sans paralysie, et la céphalalgie. MM. Parent-Duchatelet et Martinet pensent que le délire appartient plus spécialement à l'arachnoïdite de la convexité des hémisphères cérébraux, et les mouvemens convulsifs du globe de l'œil, sa rotation et la dilatation des pupilles, à l'arachnoïdite de la base et des ventricules. C'est cette dernière qui attaque le plus communément l'enfance Des vomissemens sympathiques accompagnent souvent l'arachnoïdite, le hoquet survient quelquefois à la fin, la paralysie de tout un côté ou des deux moitiés du corps se manifeste souvent dans la dernière période, et peu de temps avant la mort. Le pouls est souvent plus lent que dans l'état naturel, surtout lorsqu'il y a épanchement, ou bien il reste dans l'état normal; quelquefois il est irrégulier et fréquent, parfois intermittent et irrégulier, d'autres fois dur et vibrant; et, presque toujours, dans ce dernier cas, l'œil est étincelant, le regard fixe et audacieux, et le malade exerce des actes de fureur. La chaleur est presque toujours augmentée; elle est, dans quelques cas, inégalement répartie à la surface du corps.

Il ne faut pas croire cependant qu'il soit toujours facile de reconnaître l'arachnoïdite chez les enfans. On voit en effet tous les symptômes que nous venons de décrire, se manifester chez eux à l'occasion des gastro-entérites, et n'en être que les effets sympathiques. On ne parvient très-souvent alors à sortir d'incertitude qu'en se rappelant les phénomènes morbides qui ont ouvert la scène; si le trouble a commencé par les fonctions cérébrales, il est probable que l'inflammation a son siége prin-

cipal dans l'arachnoïde; si les symptômes gastriques ont eu l'initiative, c'est très-probablement dans la muqueuse des voies digestives qu'elle existe. On peut établir, en thèse générale, que dans les trois-quarts des circonstances les voies digestives ont été le point de départ des désordres. Dans les cas douteux, il y a donc trois à parier contre un que le foyer du mal est dans l'estomac et les intestins; mais, comme nous l'avons déjà dit en parlant de la gastro-entérite, pour plus de sûreté on doit alors attaquer l'inflammation dans ses deux siéges probables en même temps.

Marche, durée, terminaisons et *pronostic*. Quelquefois l'arachnoïdite suit une marche progressive d'accroissement; ce qui la fait diviser en trois périodes : la première, formée par les symptômes vagues que nous avons dit ouvrir souvent la scène; la seconde, par les symptômes caractéristiques de la maladie; et la troisième, par l'assoupissement, le coma, l'abolition des fonctions intellectuelles et la paralysie, qui sont des symptômes de compression du cerveau quelle qu'en soit la cause. Mais rien n'est moins constant que cette marche; et, dès l'invasion, la maladie peut présenter les symptômes de la seconde et même de la troisième période; c'est dans ce dernier cas qu'elle a reçu le nom impropre d'*apoplexie séreuse*. Cette phlegmasie dure, terme moyen, dix à douze jours; elle est souvent funeste avant ce terme, quelquefois en trois jours, et même en vingt-quatre heures; elle se prolonge rarement au-delà du vingtième jour, et, à plus forte raison, au-delà du vingt-cinquième ou du trentième : cela arrive cependant quelquefois. Sa terminaison la plus ordinaire est la mort; elle passe parfois à l'état chronique; les exemples de guérison sont peu communs. Il suit de là que le pronostic est toujours grave.

Caractères anatomiques. Les diverses lésions que l'on trouve à l'ouverture des cadavres de ceux qui ont succombé à l'arachnitis, disent MM. Parent-Duchatelet et Martinet (1), peuvent

(1) *Ouvrage cité*, page 67.

se réduire : 1° à une simple rougeur de l'arachnoïde; 2° à l'épaississement, à l'augmentation de densité et à la perte complète de transparence de cette membrane; 3° à une exsudation purulente, séro-purulente, séro-gélatineuse à sa surface; 4° à la formation de fausses membranes; 5° à un épanchement séreux dans les ventricules, entre les feuillets de l'arachnoïde ou dans le tissu cellulaire qui l'unit à la pie-mère, avec une ou plusieurs des lésions énoncées ci-dessus. Ajoutons à cela qu'on a trouvé, dans quelques cas rares, du sang épanché entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Ces lésions sont communes à l'inflammation de toutes les membranes séreuses.

Traitement. La saignée générale, pratiquée au pied, au bras, à la jugulaire ou à l'artère temporale est, sans contredit, le moyen le plus puissant à opposer à l'arachnoïdite cérébrale aiguë, et celle du pied mérite la préférence. Mais il faut y avoir recours de bonne heure, et donner une large issue à l'écoulement du sang; car on a remarqué que les bons effets en sont d'autant plus marqués qu'on soustrait une plus grande quantité de ce liquide dans un plus court espace de temps. Les sangsues au cou, aux tempes ou derrière les oreilles, doivent être employées en même temps que les saignées générales, et on doit en laisser très-long-temps couler les piqûres. Chez les jeunes enfans et les sujets débiles, on ne peut pas employer les saignées générales, et l'on se borne aux applications de sangsues. M. Blaud de Beaucaire propose la compression des artères carotides, et dit en avoir retiré de bons effets. Les ventouses scarifiées ne remplacent qu'incomplètement les autres évacuations sanguines. Après l'emploi de ces moyens, vient immédiatement celui des pédiluves chauds, simples ou rendus irritans par l'addition du sel, de la moutarde ou de la potasse, ou de l'acide hydro-chlorique. On les remplace quelquefois par les sinapismes ou les vésicatoires : les premiers surtout sont même plus fréquemment employés que les pédiluves; ils sont aussi plus efficaces, parce que leur action est plus prolongée et plus cer-

taine; mais il faut s'en abstenir chez les personnes très-irritables ou très-sanguines. On a obtenu de bons effets, dans quelques cas, d'un large vésicatoire appliqué sur la tête. Nous avons retiré quelques avantages de son application à la nuque. Un moyen puissant, qu'il ne faut pas négliger, consiste dans l'application de vessies remplies d'eau froide ou de glace pilée sur la tête. Les affusions d'eau froide sur la même partie, le corps étant plongé dans un bain chaud, font quelquefois disparaître très-promptement tous les symptômes de la congestion cérébrale, mais elles sont presque toujours suivies d'une violente réaction, qui peut devenir dangereuse, et elles ont en outre l'inconvénient d'exposer le malade à contracter une inflammation du poumon ou de la plèvre. Cependant il ne faut pas renoncer à ce moyen énergique; on doit seulement l'employer avec beaucoup de précautions. M. Itard conseille les bains de vapeur de vinaigre et d'infusion de fleurs de sureau, tandis qu'on promène une éponge imbibée d'eau froide sur la tête.

On a beaucoup vanté les frictions mercurielles, mais leur efficacité est au moins douteuse. Il n'en est pas de même du calomélas administré à l'intérieur; lorsque les voies digestives sont sans irritation, ce médicament opère une révulsion salutaire sur la surface étendue de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Les purgatifs salins, l'huile de ricin, le sirop de nerprun, l'eau émétisée, etc., agissent de la même manière; est-ce avec la même efficacité? cela nous paraît probable, mais le proto-chlorure de mercure (calomélas) est généralement préféré. Si les voies digestives sont irritées ou enflammées, il est évident que les boissons délayantes doivent seules être prescrites avec les évacuations sanguines épigastriques, et la diète la plus sévère si le cas l'exige. Lorsqu'elles sont saines, nous pensons que l'on peut permettre au malade l'usage du bouillon léger, celui de poulet, par exemple, malgré l'arachnoïdite, à moins qu'elle ne soit trop intense. Les préparations d'opium sont toujours nuisibles dans cette affection; l'éther et

le musc sont d'un faible secours. On a proposé le trépan pour évacuer le liquide contenu dans l'arachnoïde ; c'est presque une folie.

Arachnoïdite cérébrale chronique.

C'est l'inflammation chronique de l'arachnoïde cérébrale ; chez les enfans, on la désigne par le nom d'*hydrocéphale chronique*.

Causes. Cette phlegmasie succède quelquefois à l'état aigu, mais il est plus ordinaire de la voir débuter sous la forme chronique. Les causes en sont obscures; on cite cependant : les coups et les chutes sur la tête, le travail de la dentition, l'habitation dans les lieux bas et humides, la répercussion d'un exanthème ; et au moment de la naissance, une compression trop forte ou trop prolongée du crâne par les organes de la mère, ou l'impression d'un air trop froid sur la tête nue du nouveau-né. Mais les auteurs ont presque tous oublié de tenir compte des deux ordres de causes les plus efficaces de cette phlegmasie, savoir : les irritations gastriques et les affections morales tristes.

Symptômes et *marche*. La céphalalgie est le symptôme le plus constant de l'arachnoïdite chronique comme de l'aiguë ; cependant il manque quelquefois, et, chez les très-jeunes enfans, on ne peut savoir s'il existe. Quoi qu'il en soit, voici quels sont les autres symptômes de l'arachnoïdite chronique chez les enfans. Le petit malade est triste, grognon, le mouvement lui répugne, il cherche le repos et passe des journées entières assis, rêveur ou assoupi, la tête penchée, et le visage alternativement rouge et pâle ; le front est brûlant, le sourcil froncé, la langue et la peau sont sèches. Vers le soir, il survient un peu de chaleur, de soif et de fréquence du pouls. Dans la nuit son sommeil est agité, il se réveille en sursaut et en criant, il s'assied brusquement dans son lit, il grince des dents, fait quelquefois des grimaces, regarde avec un air d'étonnement

et même de stupidité les personnes qui l'entourent, ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, et se recouche bientôt. Cet état peut durer vingt, trente et quarante jours, et conduire à la mort par le marasme; mais le plus ordinairement la maladie passe à l'état aigu, ou bien des symptômes de compression du cerveau se manifestent par l'effet de l'accumulation de la sérosité dans les ventricules, et, dans ce dernier cas, l'assoupissement se change en coma, les cris alternent avec la stupeur, les membres sont tour à tour agités de mouvemens convulsifs et comme frappés de paralysie ; la respiration est lente, plaintive et suspirieuse, les paupières se paralysent, le visage devient bouffi, et une convulsion générale est bientôt suivie de la mort. Quelquefois, au lieu de cette terminaison rapide, les premiers symptômes que nous avons décrits restent à peu près stationnaires, mais on ne tarde pas à s'apercevoir que la tête augmente de volume, les os du crâne s'écartent, le front s'élève et s'avance sur les yeux, la peau s'amincit dans l'intervalle des sutures, les os eux-mêmes semblent devenir transparens, la stupeur et l'insensibilité augmentent, les facultés intellectuelles s'abolissent, la parole et le mouvement deviennent de plus en plus difficiles, la vue et l'ouïe s'émoussent, les joues et les paupières deviennent bouffies, la paralysie frappe les membres supérieurs, et enfin des convulsions viennent terminer la scène. (*Hydrocéphale chronique* des auteurs.)

Chez les adultes, les symptômes de l'arachnoïdite chronique sont moins bien connus que chez les enfans. La céphalalgie, l'exaltation des sens de la vue et de l'ouïe, et les mouvemens convulsifs, paraissent en être les signes les moins équivoques. Elle est, selon quelques auteurs, la cause fréquente de la folie ; elle produit souvent, suivant d'autres, les attaques de l'épilepsie. Il reste de nombreuses recherches à faire sur ce point de la science.

Durée, terminaisons et pronostic. L'arachnoïdite chronique dure depuis quelques jours jusqu'à plusieurs années; elle se

termine presque toujours par le passage à l'état aigu, ou par une accumulation de sérosité dans les ventricules cérébraux, ou par l'extension de l'inflammation à la substance cérébrale, et dans ces cas, par la mort; et enfin, dans quelques cas, malheureusement trop rares, par la guérison. Le pronostic est des plus graves.

Caractères anatomiques. A l'ouverture des cadavres des individus qui ont succombé à l'arachnoïdite chronique, on trouve la membrane arachnoïde rouge et injectée, et plus ordinairement épaissie, opaque, blanchâtre, dense, granulée, adhérente dans divers points de son étendue, et parfois osseuse. On rencontre quelquefois de la sérosité limpide ou sanguinolente ou purulente dans les ventricules cérébraux, ou sur les hémisphères. Lorsque l'accumulation de sérosité est abondante au point de constituer l'*hydrocéphale*, on trouve le derme chevelu aminci, les os du crâne écartés, le cerveau déplissé et réduit à une membrane si l'épanchement a été très-considérable. Cet organe est quelquefois dissous dans le liquide, mais cela n'a lieu que dans l'hydrocéphale congéniale dont il sera question ailleurs.

Traitement. Les bases du traitement de l'arachnoïdite chronique sont les mêmes que pour l'arachnoïdite aiguë. Les saignées locales pratiquées derrière les oreilles, au cou, mais surtout aux narines, doivent être cependant préférées aux saignées générales, surtout chez les enfans; elles doivent être secondées par l'emploi des révulsifs. Parmi ces derniers moyens, les plus puissans sont : le séton au cou, les moxas tempérés sur la tête, à la manière du docteur Regnault, et les ventouses scarifiées ou sèches derrière les oreilles. L'emploi du calomélas à l'intérieur est regardé comme très-efficace par quelques médecins; comme purgatif, et opérant une révulsion sur le tube intestinal, ce médicament peut être utile, mais nous ne croyons pas qu'il possède les propriétés en quelque sorte spécifiques qu'on lui attribue; les autres purgatifs agiraient sans doute

avec autant d'efficacité. On emploie aussi les diurétiques avec avantage. Quant aux frictions mercurielles tant vantées, elles sont rarement suivies de succès. On a proposé et pratiqué même la ponction du crâne dans les cas d'hydrocéphale, mais toujours sans succès. La compression de la tête au moyen de bandes ou de bonnets étroits et résistans, toujours inutile, a été souvent dangereuse.

Depuis quelque temps, nous avons adopté contre cette maladie, chez les enfans, un plan de traitement dont les bons effets ont surpassé nos espérances. Nous faisons plonger tous les jours ou tous les deux jours nos petits malades dans un bain, nous les y laissons d'une à deux heures, et pendant tout le temps qu'ils y séjournent, on leur mouille fréquemment la tête avec une éponge trempée dans l'eau même du bain. Quelques grains de calomélas leur sont administrés dans la journée, jusqu'à procurer deux à trois selles; nous en suspendons immédiatement l'emploi si la peau s'échauffe, pour y revenir aussitôt qne le calme est rétabli. En même temps, nous faisons graisser chaque soir le derrière des oreilles avec de la pommade de garou portée au bout du doigt; nous la remplaçons par un peu de beurre frais si l'irritation devient trop vive. Enfin, si le front est chaud, on le tient constamment couvert d'un linge trempé dans l'eau fraîche. Une boisson délayante et un régime ténu sont en même temps prescrits. Les applications de sangsues derrière les oreilles ou aux tempes ne deviennent nécessaires que lorsque les symptômes prennent une intensité insolite. Nous engageons les praticiens à essayer ce mode de traitement.

Arachnoïdite cérébrale intermittente.

On vient de voir que les symptômes de l'arachnoïdite chronique sont presque toujours intermittens; l'arachnoïdite aiguë affecte quelquefois aussi ce caractère. C'est elle que l'on a dé-

crite sous les noms de *fièvres pernicieuses*, *céphalique*, *délirante*, *soporeuse*, *ataxique*. Les observations en sont aujourd'hui assez nombreuses. Outre celles que le docteur Mongellaz a rapportées dans son ouvrage (1), MM. Parent-Duchatelet et Martinet en ont rassemblé six ou sept exemples des plus intéressans dans leur travail sur l'arachnoïdite ; et M. Itard en a publié un cas très-remarquable dans le *Journal universel des sciences médicales* (2). Les causes et les symptômes sont, à l'intermittence près, les mêmes que ceux de l'arachnoïdite continue. Le traitement est celui de toutes les phlegmasies intermittentes, c'est-à-dire antiphlogistique et révulsif pendant les accès, et stimulant, anti-périodique dans l'apyrexie. Le quinquina jouit dans cette irritation intermittente de la même efficacité que dans les autres affections de même nature. Mais on obtient difficilement la guérison de cette grave phlegmasie, si on ne la traite à la fois par les antiphlogistiques et les révulsifs pendant les accès, et le quinquina dans l'apyrexie.

Arachnoïdite rachidienne ou spinale.

L'inflammation de l'arachnoïde spinale est devenue depuis trop peu de temps l'objet de l'attention des observateurs, pour qu'il soit possible encore d'en tracer une histoire satisfaisante. Nous ferons connaître ce que les travaux de MM. Parent-Duchatelet et Martinet (3), et Ollivier d'Angers (4) en ont appris. Elle est connue sous les noms d'*arachnitis*, ou *arachnoïdite rachidienne*, ou *spinale*.

On ne connaît pas les causes particulières de cette phlegmasie ; on sait seulement que les fortes contusions, les piqûres des membranes et la carie des vertèbres la produisent quel-

(1) *Ouvrage cité*, tom. Ier, pag, 182 et suivantes.
(2) Tome XXXII, pag. 352 et suivantes.
(3) *Ouvrage cité*, pag. 547 et suivantes.
(4) *Ouvrage cité*, pag. 295 et suiv.

quefois, et l'on pense que les efforts violens peuvent aussi la faire naître. Les seuls symptômes qu'on lui connaisse sont : le renversement du tronc en arrière, ou plutôt la contraction permanente des muscles de la partie postérieure du tronc, depuis le degré de la simple rigidité musculaire jusqu'à celui de l'opisthotonos, une douleur plus ou moins étendue dans la région du rachis, et peut-être des douleurs dans les membres inférieurs avec raideur de ces parties, et la difficulté de la respiration. Quelques auteurs pensent qu'elle est la cause directe du tétanos. (Voyez cette maladie (1).)

On possède encore trop peu de faits pour pouvoir déterminer la marche ordinaire et la durée moyenne de cette affection; cependant le petit nombre de ceux que l'on a observés, tend à faire croire que la marche en est toujours rapide, et la durée de dix à quinze jours. M. Ollivier d'Angers rapporte une observation dans laquelle la maladie a duré trente jours. Le même observateur cite un fait qui prouve que cette phlegmasie peut passer à l'état chronique. La mort en est presque constamment le résultat. On rencontre à la suite de cette phlegmasie les mêmes lésions qu'après celle de l'arachnoïde cérébrale. Les saignées générales, les sangsues appliquées en grand nombre le long de la colonne vertébrale et de chaque côté des apophyses épineuses, les bains entiers, prolongés pendant plusieures heures, ceux de vapeurs émollientes, administrés dans le lit même du malade, les vésicatoires, et si la phlegmasie passe à l'état chronique, les cautères et les moxas; enfin à l'intérieur, les boissons délayantes et la diète, tels sont les moyens que réclame la nature même de la maladie.

De la pleurite.

On désigne sous ce nom l'inflammation de la plèvre. Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente.

(1) Tome Ier, page 230 et suiv.

Pleurite aiguë.

Inflammation aiguë de la plèvre, *fluxion de poitrine*, *pleurésie* (1).

Causes. Les deux plus puissantes, les plus efficaces, sont l'impression d'un air froid sur la peau, tandis que le corps est en sueur, et l'ingestion d'un liquide trop frais ou glacé dans la même circonstance. Ces deux causes produisent seulement les trois quarts des pleurésies aiguës qu'on observe. Viennent ensuite les coups, les chutes, les contusions et les plaies du thorax, les efforts violens qui suspendent la respiration, les quintes de toux prolongées, le frisson des irritations intermittentes, et l'inflammation du poumon ou celle d'une autre membrane séreuse. Enfin nous plaçons en troisième ligne, les grandes opérations, les violentes inflammations extérieures, la suppression d'un écoulement habituel, sanguin, purulent ou autre, la répercussion d'un exanthème, etc.

Symptômes. On ne peut méconnaître l'existence de la pleurite aiguë aux caractères suivans : douleur pongitive ou lancinante dans un des côtés de la poitrine, ordinairement fixe et circonscrite au-dessous de l'un ou l'autre sein (*point pleurétique*), plus rarement dans les autres points, quelquefois étendue à tout un côté de cette cavité, augmentant par l'inspiration, la toux et l'éternument, et s'opposant à la libre et pleine ampliation du thorax; dyspnée, difficulté et quelquefois impossibilité de se coucher sur le côté douloureux, toux sèche et accompagnée seulement de crachats glaireux et presque incolores. Il existe presque constamment avec ces symptômes caractéristiques, chaleur à la peau, rougeur de la face, perte de

(1) *Histoire des phlegmasies chroniques*, tom. Ier, pag. 173 et suivantes, — Laennec, *De l'Auscultation médiate*, etc., tom. Ier, pag. 398 et suivantes; tom. II, pag. 416, etc. — Andral, *Clinique médicale*, etc., tom. II, p. 388 et suiv.

l'appétit, et dureté, fréquence, et petitesse ou force du pouls. Lorsque l'inflammation occupe toute ou presque toute l'étendue de la membrane, la douleur se fait sentir en différentes directions; souvent elle traverse le tronc de part en part; les parois thoraciques sont immobiles, et la respiration se fait par l'abaissement du diaphragme, le malade se tient assis et penché en avant; il a la face très-décomposée, les joues fort rouges; il n'ose tousser; l'anxiété est extrême (1). Les symptômes sont à peu près les mêmes lorsqu'il y a exhalation sanguine à la surface de la plèvre enflammée; seulement la douleur est ordinairement plus circonscrite et en même temps atroce, elle est plutôt brûlante que pongitive. Enfin, quand l'inflammation a son siége sur la plèvre sus-diaphragmatique, les principaux symptômes sont : une douleur plus ou moins vive le long du rebord cartilagineux des fausses côtes, s'étendant le plus souvent dans les hypochondres et quelquefois jusque dans le flanc, et augmentant par la pression, l'inspiration, le mouvement et tous les efforts; l'immobilité complète du diaphragme dans l'inspiration; une grande anxiété, exprimée surtout par l'altération subite des traits; une orthopnée presque constante avec inclinaison du tronc en avant; quelquefois le hoquet et plus rarement des nausées et des vomissemens (2). Dans tous les cas, un frisson plus ou moins vif marque ordinairement l'invasion de la pleurite.

Mais les signes de la pleurésie ne sont pas toujours aussi évidens que nous venons de les tracer. La douleur, la dyspnée, la toux, manquent quelquefois; le cylindre vient alors imprimer au diagnostic tout le degré de certitude désirable. Les signes que fournit cet instrument sont : la diminution considérable

(1) Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques*, tom. Ier, pag. 255.

(2) *Observations sur l'inflammation de la plèvre diaphragmatique*, par M. Andral fils, de l'Académie royale de Médecine; *Archives générales de Medecine*, tom. III, pag. 246 et suivantes, et *Clinique médicale*, tom. II, pag. 555.

ou l'absence totale du bruit de la respiration, et l'apparition, la disparition et le retour de l'*égophonie*. Ils indiquent l'existence d'un épanchement pleurétique et son abondance. L'absence de la respiration est presque totale lorsque l'épanchement est considérable; on entend seulement un peu le murmure de la respiration le long de la colonne vertébrale; elle est subite, non précédée de râle crépitant, égale, uniforme et complète, ce qui la distingue de l'absence de la respiration qui accompagne la pneumonite. L'*égophonie*, ou la résonnance de la voix sous le cylindre, qui est tremblotante et saccadée comme celle de la chèvre et participe du timbre de la voix de cet animal, l'*égophonie*, disons-nous, paraît à l'époque où l'épanchement commence à devenir un peu notable, le son à être mat, et la respiration moins sensible dans le côté affecté; elle disparaît quand l'épanchement devient très-abondant; elle peut persister pendant plusieurs mois, quand l'épanchement reste long-temps au même point; elle reparaît de nouveau quand il commence à diminuer; et elle disparaît entièrement et pour toujours lorsqu'il est réduit à très-peu de chose (1). Un autre signe, d'autant plus facilement appréciable que les malades sont plus maigres, mais moins constant et moins sûr que les précédens, consiste dans la dilatation plus grande du côté du thorax où se fait l'épanchement, lorsqu'il est considérable; elle disparaît à mesure que le liquide accumulé est résorbé: la matité du son ajoute à la certitude de ces signes. Enfin, en regardant la poitrine nue chez les enfans, on distingue presque toujours que le côté du thorax affecté de pleurite, se dilate moins que le côté sain. Ce signe nous a souvent été d'un grand secours; il est rare chez les adultes, parce que les parois thoraciques sont beaucoup moins souples et moins mobiles; nous l'avons cependant remarqué assez de fois pour nous étonner que les auteurs ne l'aient pas signalé.

(1) Laennec, *De l'Auscultation médiate*, tom. Ier, pag. 138 et suiv., 153 et 154.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La marche de la pleurite varie suivant l'intensité de l'inflammation. Tantôt rapide, elle se termine en deux, trois jours, par la mort ou la guérison; d'autres fois plus lente, elle se prolonge pendant vingt-cinq ou trente jours. Sa terminaison la plus fréquente est la résolution du quatrième ou cinquième jour; assez souvent elle passe à l'état chronique. Les épanchemens divers qui l'accompagnent deviennent fréquemment un obstacle à sa guérison. C'est toujours une maladie grave, soit par elle-même, soit par les suites qu'elle entraîne.

Caractères anatomiques. La plèvre enflammée, ou qui vient de l'être, est rouge, striée, ponctuée; ses vaisseaux sanguins sont injectés et beaucoup plus rouges et plus apparens que dans l'état naturel. Elle est en outre opaque, recouverte parfois de granulations; et l'on trouve presque constamment dans sa cavité une quantité plus ou moins grande de sérosité épanchée. Cette sérosité est ordinairement de couleur citrine ou légèrement fauve, très-liquide et aqueuse; mais elle tient presque toujours en suspension des flocons de fibrine décolorée plus ou moins concrète. Quelquefois la membrane est recouverte d'une couche de véritable pus; souvent la couche étendue en nappe qui la tapisse, est consistante et ressemble à la couenne inflammatoire du sang, c'est alors une *fausse membrane*. On rencontre quelquefois des brides de même nature allant de la plèvre costale à la plèvre pulmonaire, en traversant le liquide épanché. Enfin, dans quelques cas rares, on a vu du sang épanché, exhalé, dans la cavité pleurale.

Traitement. Tous les médecins conseillent et pratiquent la saignée générale plus ou moins répétée suivant l'intensité de la phlegmasie et la force du malade; tous vantent les bons effets des sangsues en grand nombre sur le point douloureux, avec la saignée générale si la phlegmasie est intense, seules si elle est légère; tous aussi conseillent l'emploi d'un vésicatoire sur le siége de la douleur, mais seulement après que les symptômes

ont été considérablement diminués par les saignées. Quelques médecins préfèrent les ventouses au vésicatoire, nous sommes de ce nombre. On administre en même temps des boissons tièdes, émollientes, gommeuses, pectorales ou légèrement diaphorétiques; des loochs blancs, de légers narcotiques pour calmer la toux, etc.; et l'on tient le malade à la diète la plus sévère. On lui recommande le silence, et on le préserve avec soin de l'impression d'un air trop frais. Si un flux hémorrhoïdal ou l'écoulement des règles ont été supprimés immédiatement avant ou après l'invasion de la pleurite, il faut chercher à rappeler ces écoulemens, par les sangsues, à l'anus, à la vulve, et par la saignée du pied, en même temps que l'on combat directement la phlegmasie par les moyens indiqués.

Pleurite chronique (1).

C'est l'inflammation chronique de la plèvre, la *pleurésie chronique* et l'*hydrothorax* des auteurs.

Causes. Elle succède souvent à la pleurite aiguë; elle reconnaît, au reste, les mêmes causes agissant avec moins d'intensité, et principalement parmi elles, les percussions répétées du thorax, les secousses de la toux, les efforts, le frisson des irritations intermittentes, la frayeur, l'horreur et la surprise, qui agissent en diminuant subitement l'action perspiratoire de la peau.

Symptômes. La pleurite chronique était très-souvent difficile à reconnaître avant la découverte du cylindre. La toux sèche redoublant par les exercices et durant la nuit, une douleur peu vive dans un point du thorax, le décubitus sur le côté douloureux, le teint d'un jaune pâle sans rougeur des pommettes, un amaigrissement peu marqué, de la dyspnée, la matité du son, et la circonstance que ces symptômes succédaient souvent

(1) Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques*, tom. Ier, pag. 173.

à une pleurésie aiguë non douleuse, étaient, dans les cas les plus évidens, les seuls indices qu'on possédât de l'existence de cette phlegmasie. On y joint aujourd'hui les signes fournis par l'auscultation; ce sont les mêmes qui indiquent l'existence d'un épanchement dans l'état aigu, c'est-à-dire l'absence du bruit de la respiration et l'égophonie. Lorsque cet épanchement est considérable, le malade ne peut se coucher que sur le côté de la poitrine occupé par le liquide; ce côté est souvent plus bombé que l'autre; il est œdématié ainsi que le bras correspondant, et l'on entend quelquefois le bruit que fait le flot du liquide, lorsqu'on imprime au tronc une secousse un peu vive. Cette collection de liquide a reçu le nom d'*hydrothorax*.

Marche, durée, terminaisons et *pronostic*. La marche de la pleurite chronique est toujours lente, et sa durée peut être de plusieurs années. Il est rare d'en obtenir la guérison, si l'épanchement est considérable; le pronostic en est toujours grave.

Caractères anatomiques. Ils sont à peu près les mêmes que ceux de la pleurésie aiguë. La rougeur est seulement, en général, plus prononcée, l'épanchement plus abondant, moins limpide, plus rempli de flocons albumineux; il se rapproche davantage du pus; il a souvent de l'odeur, ce qui est très-rare dans la pleurésie aiguë. Même après une longue durée de la phlegmasie, on ne trouve souvent encore aucune trace d'organisation dans les fausses membranes; elles sont quelquefois comme macérées au milieu du liquide, sans cependant avoir contracté une odeur bien prononcée. Le poumon est ordinairement refoulé, par le liquide épanché, sous la clavicule, vers le médiastin et la colonne vertébrale, et parfois réduit à un très-petit volume. Une ouverture établit quelquefois une communication entre la cavité pleurale et l'intérieur du poumon ou d'une excavation tuberculeuse, et par conséquent avec l'air extérieur.

Traitement. Si la pleurite conserve encore des caractères de l'état aigu, on peut, on doit même tenter quelques saignées

locales sur le point douloureux. Les ventouses scarifiées conviennent mieux que les sangsues pour cet objet ; la diète est alors aussi nécessaire que dans l'état aigu, et les mêmes boissons doivent être employées. Si, au contraire, la douleur est peu vive, et la chaleur de la peau et la fréquence du pouls à peine marquées, il faut insister sur les ventouses, ou mieux, placer des vésicatoires répétés sur la poitrine le plus près possible du point douloureux. On emploie en même temps, avec avantage, les bains, les frictions, les vêtemens de laine sur la peau, l'usage des légers diaphorétiques et des diurétiques, et quelques narcotiques pour calmer la toux ; parmi les diurétiques qui ont été employés avec le plus de succès, la scille et surtout la digitale méritent la préférence. On seconde l'effet de ces moyens par le repos, l'abstinence de tous les alimens et liquides stimulans, et un régime doux. Quelques médecins ont proposé l'opération de l'empyème pour donner issue au liquide accumulé dans la plèvre. On cite quelques exemples de guérison obtenus par ce moyen ; Morand en rapporte un fait dans les Mémoires de l'académie de chirurgie (1).

Pleurite intermittente.

On lit dans les auteurs quelques exemples de pleurésies intermittentes. Lautter en rapporte deux observations très-intéressantes (2) ; Starck en cite également plusieurs faits (3) ; M. Arloing en a observé un exemple (4) ; enfin, Sauvages dit avoir vu « une vraie pleurésie, accompagnée de tous les signes pathognomoniques, laquelle était pourtant intermittente, de manière que le malade avait la pleurésie de deux jours l'un, et paraissait ensuite se bien porter. » On a fait de ces pleurites

(1) Tome II, pag. 545.

(2) Lautter, *Hist. medic., bienn. morb. rural.* casus 5 et 9.

(3) Starck, *Observ. de febrib. intermitt.*

(4) Arloing, *Journal général de Médecine*, tom. LVIII.

intermittentes, des *fièvres intermittentes cachées sous la forme de véritables pleurésies*, des *fièvres intermittentes pernicieuses pleurétiques* (Alibert), etc. Répèterons-nous, comme à l'occasion de toutes les phlegmasies intermittentes, que la nature de ces affections n'est nullement changée par le type, que les causes de la pleurite intermittente sont les mêmes que celles de la pleurésie aiguë et n'en diffèrent que par le mode d'action, que les symptômes sont semblables dans l'une et dans l'autre, et que le traitement par le quinquina administré entre les accès, et par les antiphlogistiques pendant leur durée, en prévient le retour?

De la péricardite (1).

On nomme ainsi l'inflammation de la membrane séreuse qui enveloppe le cœur. Elle existe sous forme aiguë et sous forme chronique; on ne l'a pas observée intermittente.

Causes. Elles sont peu connues; cependant on sait que toutes celles qui produisent la pleurite peuvent étendre leur action jusqu'au péricarde. Il paraît que les phlegmasies des articulations, et principalement celle qu'on connaît sous le nom de *goutte*, disposent à la péricardite, et deviennent même quelquefois la cause indirecte de son développement lorsqu'elles sont répercutées. Nous pensons que quelques grandes passions, telles que l'ambition et ses tourmens, la jalousie, les remords, et les chagrins produits par la perte d'un objet tendrement aimé, font naître quelquefois la péricardite aiguë, et souvent la péricardite chronique. Mais les coups sur la région du cœur, et l'extension de l'inflammation des parties voisines en sont des causes bien plus évidentes. On l'observe plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes; la constitution sanguine y prédispose.

(1) Corvisart, *Essai sur les maladies du cœur*. — Laennec, *De l'Auscultation médiate*. — Bertin et Bouillaud, *Traité des maladies du cœur*.

Symptômes. Ils sont, en général, fort obscurs, ce qui tient en grande partie à ce que la péricardite existant rarement isolée, ses symptômes sont masqués par ceux des phlegmasies de la plèvre, du poumon, ou du cœur, qui l'accompagnent presque toujours. Si cependant un malade éprouve de la douleur et un sentiment de chaleur brûlante à la région du cœur; qu'il ait le pouls irrégulier, d'une petitesse et d'une fréquence extrêmes qui contrastent d'une manière très-remarquable avec la force des battemens du cœur et le peu de chaleur de la peau; s'il ne peut faire un mouvement dans sa chambre ou son lit sans tomber en syncope, et qu'en même temps il éprouve des angoisses, une anxiété inexprimable, et de la dyspnée, et que ses traits soient profondément altérés, on peut avancer qu'il est atteint d'une péricardite aiguë. La percussion et le cylindre n'ajoutent presque rien à la valeur de ces signes; quelquefois le son est mat dans la région du cœur, et les battemens de cet organe, assez forts, présentent, à des intervalles plus ou moins longs, des pulsations plus faibles et plus courtes, qui correspondent à des intermittences du pouls. L'absence de l'égophonie contribue à la faire distinguer de la pleurite.

Il est encore plus difficile de diagnostiquer la péricardite chronique que l'aiguë; quand cela devient possible, on la reconnaît aux mêmes symptômes que nous avons exposés précédemment, à l'intensité près. Lorsqu'elle est accompagnée d'un épanchement considérable de liquide dans la cavité de la membrane (*hydropéricarde*), il faut joindre à ces symptômes, « la sensation d'une fluctuation dans la région du cœur, un sentiment de poids à cette même région, des battemens tumultueux et obscurs, et qui semblent arriver à la main à travers un corps mou. Ces battemens du cœur se font sentir et entendre dans un cercle très-étendu; dans certains momens, on les sent mieux dans un point de ce cercle que dans d'autres, et ce point varie à chaque instant : tantôt il est à droite, tantôt à gauche. Le pouls est petit, fréquent et irrégulier; les extrémités, le tronc

même, et les tégumens de la région précordiale sont œdématiés; le malade ne peut se tenir un instant dans la position horizontale, sans se sentir menacé de suffocation ; il éprouve assez fréquemment des syncopes, rarement des palpitations. » Quelques auteurs, Reimann et Saxonia, assurent que les malades sentent le cœur nager dans une grande quantité d'eau ; nous ne savons si ce symptôme existe réellement dans tous les cas, mais nous avons vu un malade n'oser faire un léger mouvement dans son lit, parce que, disait-il, il sentait aussitôt *quelque chose lui tomber sur le cœur et le lui noyer*, ce qui lui faisait perdre connaissance. A l'ouverture du corps, nous trouvâmes une péricardite avec épanchement, etc. Senac dit avoir vu le flot du liquide épanché dans l'intervalle des 3e, 4e et 5e côtes; Corvisart croit l'avoir senti, et le docteur Boisseau assure l'avoir vu et touché chez un sujet scorbutique (1).

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Lorsque la péricardite est très-intense, elle est mortelle en peu de jours ; elle peut se prolonger assez long-temps sous la forme chronique, mais elle est presque toujours funeste.

Caractères anatomiques. Ce sont les mêmes que dans toutes les membranes séreuses, savoir : la rougeur plus ou moins vive, une exhalation de sérosité variable en consistance, en couleur, en quantité et en qualité ; des adhérences avec les parties avoisinantes, et principalement avec le cœur; l'épaississement et l'opacité du péricarde, la formation de fausses membranes, les granulations, l'ossification, et quelquefois une exhalation sanguinolente.

Traitement. Les moyens que l'on peut diriger contre cette phlegmasie sont en petit nombre. Dans son plus haut degré d'intensité, on doit la combattre par les saignées générales répétées. Dans la nuance sub-aiguë, il est encore avantageux d'en

(1) *Dictionnaire abrégé des Sciences médicales*, tom. IX, article *Hydrocéphale*.

commencer le traitement par une ou deux saignées du bras, suivant la force du malade. Dans l'un et l'autre cas, il faut avoir recours aux applications de sangsues sur la région du cœur, après qu'on a diminué la violence des symptômes par les saignées générales. Les émissions sanguines locales conviennent seules dans la péricardite chronique; on en seconde les effets par les révulsifs tels que sinapismes, vésicatoires, et moxas appliqués sur la région même du cœur. Enfin les boissons délayantes, gommeuses, émollientes, mucilagineuses, légèrement nitrées, les diurétiques, tels que la scille et la digitale, la diète ou un régime doux, l'abstinence de tous les stimulans, et le soin d'éviter toutes les émotions vives, concourent efficacement, sinon à la guérison, du moins au soulagement du malade. Nous parlerons des procédés qui ont été proposés et mis en usage pour donner issue au liquide accumulé dans le péricarde, lorsque nous traiterons de l'hydropéricarde en particulier.

De la péritonite.

L'inflammation de la membrane séreuse abdominale n'est bien connue que depuis les travaux de Bichat sur les différens tissus, et la thèse de M. Gasc *sur la maladie des femmes à la suite des couches*. Jusqu'alors, sous les noms de *gastrite*, *omentite*, *mésentérite*, *entérite*, *cystite*, *métrite*, etc., elle était confondue avec les phlegmasies de la plupart des organes contenus dans l'abdomen. On la désignait, chez les femmes en couche, par le nom vague de *fièvre puerpérale*, en émettant les idées les plus erronées sur sa nature. Depuis les deux auteurs cités, d'autres médecins, parmi lesquels nous citerons Corvisart, Bayle, M. Laennec et M. Broussais, ont publié d'importantes recherches sur cette phlegmasie, et c'est aujourd'hui une de celles dont l'histoire est la plus complète. Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente.

Péritonite aiguë.

C'est l'inflammation aiguë du péritoine.

Causes. Elle peut être produite par tous les irritans directs de la membrane, tels que : la compression des parois abdominales, les coups, les chutes, et les plaies sur cette partie; la présence d'un corps étranger dans l'abdomen, comme dans la grossesse extra-utérine, dans les cas d'épanchement de sang, de bile, d'urine ou de matières stercorales; l'inflammation d'une partie voisine, l'étranglement d'une hernie, les efforts violens et long-temps soutenus, les secousses de la toux et du vomissement. On la voit souvent aussi se développer sous l'influence de l'air froid et humide, à la suite de l'immersion dans l'eau froide, par le froid humide des pieds, par le séjour des vêtemens mouillés sur le corps, après l'ingestion d'une boisson glacée lorsque le corps est en sueur, à la suite d'une indigestion violente, et à l'occasion de la suppression des menstrues : on pense qu'elle peut être épidémique. Mais la circonstance dans laquelle la péritonite se montre le plus fréquemment, c'est à la suite de l'accouchement. La cause la plus légère la produit alors; tout ce qui peut supprimer tout-à-coup l'écoulement des lochies ou la sécrétion du lait, comme l'action du froid, la colère, ou la joie excessive, la terreur, la tristesse, en devient rapidement la cause. Il en est de même des autres agens précédemment énumérés.

Symptômes. Après un frisson d'une plus ou moins longue durée, souvent sans qu'aucun symptôme précurseur se soit manifesté, et quelquefois après des douleurs vagues qui se sont fait sentir dans les différens poins de l'abdomen, il survient une douleur vive, brûlante, pongitive, fixe ou mobile, circonscrite ou étendue, dans cette même région abdominale. Cette douleur est tellement intense parfois, que le malade ne peut pas supporter le plus léger poids sur le ventre, celui des

couvertures même le gêne ; il est impossible de lui palper l'abdomen. Souvent aussi elle est moins intense, mais la pression abdominale l'augmente aussitôt. Le malade est couché sur le dos, il ne peut qu'avec beaucoup de difficulté garder une autre position ; le mouvement aggrave ses douleurs. En examinant l'abdomen, on voit les hypochondres tendus, et l'on distingue assez ordinairement une sorte de tumeur oblongue et rénitente, formée par les circonvolutions intestinales enflammées et agglomérées. Le ventre se gonfle, se ballonne ; il survient des hoquets, des nausées, et même des vomissemens qui font horriblement souffrir le malade ; la respiration est courte, parce que les grandes inspirations, en refoulant le diaphragme sur le péritoine enflammé, augmentent les souffrances ; la constipation est opiniâtre ; quelquefois cependant il y a diarrhée, surtout chez les femmes en couche ; le pouls est petit, très-fréquent, la face est *grippée*, c'est-à-dire que le front est ridé et que les traits semblent être tirés vers le sommet du nez qui est effilé ; enfin les extrémités sont froides. Depuis ce degré le plus élevé de la péritonite aiguë jusqu'au degré qui se rapproche le plus de la péritonite chronique, les nuances sont infinies, et il existe telle de ces nuances, dans laquelle la douleur abdominale, la rétraction du ventre et la constipation opiniâtre sont les seuls signes qui annoncent l'inflammation du péritoine ; dans quelques cas même, la douleur en est l'unique symptôme, et lorsque la péritonite est partielle, cette douleur peut même n'occuper qu'une très-petite étendue. Mais il en est une qui s'annonce par quelques caractères particuliers que nous devons faire connaître, c'est la *péritonite hémorrhagique*. Dans cette forme de la maladie, la douleur est extrêmement vive (1), le pouls devient tout-à-coup faible et lent, la peau se refroidit et se décolore, les traits de la face s'affaissent, et le malade dit res-

(1) Broussais, *Phlegmasies chroniques*, tom. II, pag. 420, 2e édition.

sentir une douce chaleur dans l'abdomen, comme si on lui faisait couler un peu d'eau tiède dans cette cavité (1).

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La marche de la péritonite aiguë est ordinairement rapide. Elle peut donner la mort en vingt-quatre heures, elle dépasse rarement le terme de quinze à vingt jours, à moins qu'elle ne passe à l'état chronique ou qu'elle guérisse, ce qui a lieu du dixième au quinzième jour. Cependant, on l'a vue quelquefois se prolonger pendant trente à quarante jours à l'état aigu. Elle se termine par résolution, par suppuration ou épanchement, par gangrène et par l'état chronique. Le pronostic est toujours grave; il l'est surtout chez les femmes en couche; il varie d'ailleurs suivant l'étendue qu'occupe l'inflammation, son intensité, son ancienneté, l'état général de l'individu, etc.

Caractères anatomiques. On rencontre sur les cadavres des individus qui succombent à la péritonite aiguë, le péritoine rouge, épaissi, quelquefois brun, noirâtre par plaques, et même gangrené; des fausses membranes non organisées, du pus ou une exsudation puriforme étendue en nappes, un épanchement de sérosité, limpide ou trouble, ou rougeâtre, et contenant souvent des flocons de fibrine décolorée en suspension; quelquefois du sang liquide, ou en caillots rouges et épais, ou bien étendus en forme de membranes minces. Il est digne de remarque que dans la péritonite des femmes en couche, la sérosité qui s'épanche dans la cavité du péritoine est presque toujours (et peut-être toujours) lactescente, et tient en suspension des flocons de fibrine décolorée beaucoup plus fréquemment que cela ne s'observe dans les péritonites ordinaires. Sans admettre avec les partisans exclusifs de l'humorisme que le lait entre pour quelque chose dans cette altération de la sérosité, nous pensons cependant que cette circonstance mérite l'attention des praticiens. En général, on ne tient peut-être pas

(1) Scoutetten, *Anatomie pathologique du péritoine*: *Archives générales de Médecine*, tom. IV, pag. 491 et 492.

assez compte des circonstances dans lesquelles se développent les maladies.

Traitement. Il se compose d'un très-petit nombre de moyens ; ce sont : les saignées générales, au début, chez les individus forts et sanguins, mais surtout les sangsues en grand nombre sur les points douloureux, à la vulve ou à l'anus, dans les cas de suppression de menstrues, de lochies ou de flux hémorrhoïdal, et répétées tant que la douleur persiste. Lorsque la violence des symptômes a été diminuée par ces moyens, qui, pour être efficaces, demandent à être employés de bonne heure, le bain tiède, dans lequel on laisse le malade pendant plusieurs heures, produit les plus heureux effets. On emploie en même temps les fomentations émollientes, les boissons mucilagineuses, acidules, et à peine tièdes, et la diète la plus sévère. Dans les premiers jours, si la péritonite est très-intense, il faut s'abstenir des lavemens de toute espèce ; mais si elle est de moyenne intensité, ou qu'elle ait déjà diminué, on prescrit avec succès des quarts ou tout au plus des moitiés de lavemens mucilagineux et rendus narcotiques par l'addition de la décoction de tête de pavot ; les lavemens entiers nuisent par la distension qu'ils opèrent sur l'intestin. Quelques médecins, et surtout les Anglais, vantent beaucoup les bons effets du protochlorure de mercure ; nous le croyons nuisible dans la violence du mal, mais il existe un si grand nombre de témoignages en sa faveur, que sans l'avoir expérimenté, nous pensons qu'il est efficace dans les péritonites peu violentes. Il est à remarquer que la plupart des auteurs qui le recommandent s'accordent à dire qu'il est plus avantageux s'il ne produit pas de selles que dans le cas contraire, aussi tous l'associent ils aux narcotiques pour empêcher son action purgative. On le donne à doses graduellement croissantes, depuis quelques grains jusqu'à un et deux gros dans les vingt-quatre heures. D'autres médecins emploient avec avantage, disent-ils, les purgatifs doux, tels que l'huile de ricin, la crème de tartre, le sulfate de soude, etc. ;

mais c'est principalement dans la péritonite des femmes en couche que ces agens réussissent, et lorsqu'ils ont été précédés par l'emploi des antiphlogistiques ou que la phlegmasie n'est pas très-vive. L'usage des vomitifs doit être sévèrement banni du traitement de cette phlegmasie ; les antispasmodiques sont toujours d'un très-faible secours, et peuvent souvent beaucoup nuire, il vaut donc mieux n'y pas avoir recours, si ce n'est vers le déclin de la maladie. Les révulsifs sont plus utiles, mais il faut les appliquer loin du siége de la douleur, et après l'emploi des évacuations sanguines ; le vésicatoire placé sur le ventre est un moyen des plus dangereux.

On a préconisé dans ces derniers temps les frictions nouvelles sur le ventre, à des doses élevées et rapidement croissantes, depuis trois à quatre gros jusqu'à quinze ou seize dans les vingt-quatre heures. L'expérience n'a pas encore déposé en faveur de ce moyen, et les faits qu'on a publiés jusqu'à ce jour sont peu propres à le recommander.

Péritonite chronique.

C'est l'inflammation chronique du péritoine. Elle était à peine connue avant l'*Histoire des phlegmasies chroniques* (1).

Causes. La péritonite chronique succède le plus ordinairement à l'aiguë. Cependant elle peut débuter sous cette forme, et les causes qui la produisent alors sont encore celles de l'aiguë, mais agissant plus lentement et avec moins d'énergie. Elle naît aussi sous l'influence d'une habitation malsaine, dans les lieux froids et humides, sous celle d'une pression continuelle exercée sur l'abdomen et dépendant de la profession, des marches forcées, des alimens de mauvaise qualité, de l'exposition au froid et à l'humidité, surtout pendant la nuit, au bivouac par exemple, des épanchemens lents de tout genre dans la cavité abdominale, et du frisson des irritations intermittentes.

(1) Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques*, tom. II, pag. 397 et suivantes.

Symptômes. Ce sont les suivans (1) : une sensibilité continue du ventre, que l'on ne découvre quelquefois que par la pression, une légère tuméfaction avec rénitence, plus remarquable le soir, et lorsque la phlegmasie a déjà quelques jours d'existence ; une fluctuation obscure qui se prononce de jour en jour davantage. La percussion que l'on exerce pour distinguer la présence du liquide est douloureuse ; mais cette douleur n'est quelquefois sentie qu'à l'épigastre ; les faux pas, les secousses, l'équitation, la toux, l'éternument la réveillent. Le sentiment d'une boule qui tournoie dans le ventre, et tend à se porter vers la gorge, a paru à M. Broussais, correspondre à l'agglutination des intestins qui forment, avec les glandes mésentériques engorgées, une masse ronde et mobile dans la cavité abdominale, souvent sans épanchement de fluide. A ces symptômes locaux s'ajoutent quelquefois un peu de fréquence du pouls et d'augmentation de la chaleur vers le soir, de la dyspnée dans la position horizontale lorsque l'épanchement est un peu considérable, quelquefois de la toux, parfois la perte de l'appétit ; des urines rares et de plus en plus difficiles, et enfin l'œdème des extrémités inférieures lorsque la maladie a duré long-temps et que la mort approche. Enfin, dans quelques cas, les symptômes de la péritonite se bornent à la simple tuméfaction du ventre, la constipation et une légère douleur. Ce dernier symptôme n'est souvent mis en évidence que par la pression exercée de chaque côté du ventre. Le volume graduellement croissant du ventre, et la fluctuation qu'y fait percevoir le liquide, lorsque, appuyant la paume de la main sur un des côtés de l'abdomen, on percute l'autre avec l'extrémité des doigts, sont les signes infaillibles de l'épanchement de sérosité dans la cavité péritonéale. On nomme *ascite* cette accumulation de liquide. (Voyez *ascite*.)

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Comme dans

(1) Idem, *ibid*. pag. 495.

toutes les phlegmasies chroniques, la marche et la durée de la péritonite chronique sont difficiles à déterminer d'une manière même approximative. Elle se termine très-rarement par la guérison; la mort en est la conséquence presque inévitable. Cette issue funeste arrive, par le marasme, par l'hydropisie, souvent après plusieurs années de maladie, ou par l'exaspération subite de la phlegmasie.

Caractères anatomiques. On trouve à l'ouverture des cadavres des individus qui succombent à la péritonite chronique, un épanchement plus ou moins considérable, entre les feuillets du péritoine, d'un fluide limpide et jaunâtre, ou trouble et laiteux, ou purulent, ou verdâtre, grisâtre, roux, fétide, tenant en suspension des flocons fibrineux; des fausses membranes, des adhérences, l'épaississement du péritoine, des granulations pisiformes et blanchâtres, de petits dépôts de matière pultacée, tuberculeuse, dans le tissu de la membrane; l'épaississement avec aspect lardacé, cancéreux, et parfois avec ulcération du tissu post et interpéritonéal, de l'épiploon; des épanchemens sanguins, des érosions, des ulcères, la gangrène, l'état cartilagineux du péritoine, l'ossification, les concrétions calcaires et des hydatides.

Traitement. Pour peu que la péritonite chronique conserve quelques caractères de l'état aigu, on doit la traiter par la même méthode, en proportionnant toutefois l'énergie des moyens à son intensité. Mais il faut beaucoup de persévérance dans l'emploi de la médication antiphlogistique pour obtenir de rares succès. Lorsqu'elle est ancienne, peu douloureuse, sans fréquence du pouls ni chaleur de la peau, les saignées locales sont peu efficaces, surtout s'il y a un épanchement un peu considérable. On peut cependant les essayer une fois ou deux autour du siége de la douleur, avant de commencer tout autre traitement. Lorsqu'il n'y a qu'un épanchement peu considérable, et à plus forte raison quand il n'en existe pas, si en même temps la douleur est circonscrite et qu'une tumeur ré-

nitente soit appréciable, on place avec avantage, dans ce point, des cautères dont on entretient pendant long-temps la suppuration. Les frictions sèches sur la peau, les bains de vapeurs et les vêtemens de flanelle, sont très-utiles. A l'intérieur, on prescrit les sudorifiques et les diurétiques si l'état des voies digestives le permet, sinon on se borne à l'emploi des boissons gommeuses, acidules et tout au plus légèrement nitrées. Les laitages et les féculens doivent faire la base de la nourriture du malade.

Péritonite intermittente.

De même que la plupart des autres phlegmasies, la péritonite peut être intermittente. Les exemples en sont rares. M. Mongellaz en cite une observation intéressante qui lui a été communiquée par le docteur Dupré; la péritonite s'y est montrée tierce et quarte (1). Les deux autres faits rapportés par le même auteur sont loin d'être aussi évidens. Elle constitue la *fièvre pernicieuse péritonitique* des auteurs. Elle n'offre dans ses causes, ses symptômes et son traitement, rien de plus particulier que les autres phlegmasies intermittentes.

INFLAMMATIONS DU SYSTÈME GLANDULAIRE.

Considérations générales.

Des organes si différens par leur texture composent ce système, qu'il devient presque impossible d'en donner une idée anatomique et physiologique générale. Quelles différences dans la forme, le volume, la texture, etc., n'existe-t-il pas en effet entre les glandes de Méibomius et le foie, la prostate et les mamelles, le testicule et les glandes salivaires, les reins et l'amygdale, le pancréas et les glandes muqueuses? Cependant Ruish a prétendu que tous ces corps étaient entièrement formés par des vaisseaux entrelacés. Malpighi a admis de petits corps de nature particulière, intermédiaires aux artères, aux

(1) *Ouvrage cité*, tom. Ier, pag. 246.

veines et aux excréteurs. L'une et l'autre hypothèse tend, comme on le voit, à rapprocher les glandes sous le rapport de la texture. Mais sont-elles fondées, et, si elles le sont, ne se pourrait-il pas que l'une fût vraie pour certaines glandes et non pour les autres?

Toutes les glandes séparent, extraient du sang que leur apportent les artères, un fluide différent pour chacune d'elles, et le versent par un ou plusieurs conduits excréteurs sur les divers points des surfaces muqueuses. Une seule, la glande mammaire, verse à la surface de la peau le fluide qu'elle sécrète. Mais toutes donnent leur produit en plus grande abondance, lorsqu'une irritation directe ou sympathique agit sur l'extrémité de leurs conduits excréteurs ou non loin du lieu où ils viennent s'ouvrir. Ce sont à peu près là les seules analogies que présentent les diverses parties du système glandulaire. On ne voit pas deux glandes être liées entre elles par des sympathies bien marquées, ainsi que cela s'observe entre les diverses parties de la plupart des autres systèmes. Chaque glande a son existence pour ainsi dire isolée du reste du système, son degré d'irritabilité, ses sympathies particulières, et sa disposition différente à contracter les irritations.

Toutes les glandes sont susceptibles d'inflammation et de sub-inflammation, et plusieurs d'irritation sécrétoire. Aucune n'est affectée de névrose; la glande mammaire est quelquefois le siége d'une irritation hémorrhagique supplémentaire du flux menstruel. En général la douleur de l'inflammation y présente le caractère d'être sourde et obtuse dans le grand nombre des cas. Il est à peine besoin d'ajouter que, dans toutes les irritations des glandes, les produits de leurs sécrétions sont augmentés ou diminués, et toujours plus ou moins altérés dans leur composition. Peu de médecins aujourd'hui osent soutenir que les fluides sécrétés puissent être altérés, accrus ou diminués, si les organes qui les élaborent n'ont préalablement subi un changement dans leur organisation.

Les influences qu'exercent les glandes irritées sur les autres

organes sont en général peu nombreuses, tandis qu'au contraire les principales d'entre elles sont sympathiquement affectées par les irritations de tous ceux qui jouent un rôle un peu important dans l'économie. Dans l'état normal, leur sécrétion s'exerce principalement sous l'influence de l'excitation qui leur est transmise par la surface à laquelle viennent aboutir leurs conduits excréteurs; dans l'état pathologique il en est de même : aussi toutes les glandes ne s'irritent et ne s'enflamment, dans le plus grand nombre des cas, que sympathiquement à l'irritation des membranes muqueuse et cutanée. Ce n'est guère qu'à la suite des causes mécaniques, ou par l'extension par contiguïté de l'irritation des parties environnantes à leur tissu, que l'irritation s'y développe sans intermédiaire entre l'agent et l'effet.

Les phlegmasies des glandes sont, la *parotite*, l'*amygdalite*, la *mammite*, l'*hépatite*, la *pancréatite*, la *néphrite*, la *didymite*, la *prostatite* et l'*ovarite*. Nous ne parlons pas de l'inflammation de la glande lacrymale, parce qu'on ne l'a encore observée que sur les cadavres. Guérin cependant dit avoir fait l'extirpation d'une glande lacrymale squirrheuse et considérablement accrue de volume. (Voyez *Désorganisations*.)

De la parotite.

La parotite est l'inflammation de la glande parotide. Elle est assez rare; plusieurs enfans cependant en sont atteints, mais elle ne les attaque en général qu'une fois, et on lui a donné, dans ce cas, le nom d'*oreillons*. On l'observe aussi chez les adultes et les vieillards, mais dans une circonstance presque unique; c'est comme symptôme ou complication de ces gastro-entéro-céphalites épidémiques qui sévissent dans les camps, les prisons, les hôpitaux encombrés, etc., et que les auteurs appellent *typhus* (1). Celle des enfans est presque toujours pro-

(1) Voyez *gastro-entérite*, tome Ier. page 473.

duite par le froid humide, la présence des vers dans les voies gastriques, ou l'abus des purgatifs.

Symptômes. Quelques frissons, suivis de chaleur et de fréquence du pouls, précèdent ordinairement de quelques heures ou accompagnent l'invasion de la parotite des enfans; du gonflement se manifeste au-dessous de l'une ou des deux oreilles, et il s'y joint bientôt de la chaleur, de la douleur, de la tension, et une teinte légèrement rosée de la peau qui recouvre la parotide enflammée. Cet état augmente ordinairement jusqu'au quatrième ou cinquième jour, puis les symptômes de réaction s'effacent, la tumeur diminue et se résout complètement en quelques jours. Souvent la résolution de la tumeur se fait par une exsudation locale; quelquefois elle se termine par suppuration, d'autres fois par induration, et plus fréquemment on la voit disparaître presque subitement et être remplacée par l'inflammation du testicule chez l'homme et des mamelles chez la femme. Les symptômes inflammatoires sont ordinairement beaucoup plus prononcés dans la parotite du *typhus;* le gonflement est considérable, la douleur vive, la rougeur intense, et la chaleur ardente; en peu de jours un abcès se forme, s'ouvre, et fournit à une abondante suppuration. Dans quelques cas, la suppuration de la parotide est suivie d'une fistule salivaire de cette glande. (Voyez *fistules salivaires.*)

Traitement. Il suffit, en général, chez les enfans, de couvrir les tumeurs avec des cataplasmes émolliens, ou même avec des flanelles chaudes, de diminuer les alimens, de donner une boisson gommeuse, délayante ou acidule, et de prescrire quelques lavemens s'il y a constipation, pour voir tous les accidens se dissiper en peu de jours. Lorsque la tumeur disparaît, et qu'un testicule ou la mamelle s'engorge, on emploie les mêmes topiques sur la nouvelle tumeur, qui ne tarde pas à se résoudre. Quelques médecins conseillent de placer un vésicatoire sur la parotide pour appeler l'inflammation à son siége primitif; dans le plus grand nombre des cas cela devient inutile. Enfin,

que la tumeur ait disparu du cou, du testicule ou de la mamelle, s'il survient immédiatement des symptômes de la phlegmasie d'un organe important, il faut combattre cette phlegmasie par les moyens qui lui sont propres, et essayer de rappeler l'inflammation à son premier siége. Cette indication est alors des plus importantes à remplir. Nous avons exposé, à l'article du traitement de la *gastro-entérite typhique*, la conduite à tenir lorsque les parotides venaient à s'enflammer, se résoudre tout-à-coup, s'enflammer de nouveau, suppurer, etc., nous y renvoyons en conséquence le lecteur.

De l'amygdalite.

On nomme ainsi l'inflammation des amygdales. C'est l'*angine tonsillaire* des auteurs.

Causes. Certains individus ont une disposition toute particulière et inexplicable à contracter l'amygdalite pour la moindre cause. Les jeunes gens et les hommes d'un tempérament sanguin y sont les plus exposés. Ordinairement c'est au printemps qu'elle est plus fréquente, à l'époque où la chaleur augmente rapidement. Elle se développe le plus communément sous l'impression d'un air froid, lorsque le corps est échauffé, et sous celle de l'humidité des pieds; elle est aussi produite assez souvent par le contact d'un liquide trop chaud ou trop froid, âcre ou caustique, ou par celui d'un air chargé de vapeurs irritantes. Les stimulations répétées de l'estomac et les indigestions fréquentes en favorisent le développement, et quelquefois même suffisent pour la produire. L'usage des alimens âcres en est aussi une des causes fréquentes. Nous l'avons vue très-souvent se développer chez les femmes à l'approche des règles et même au moment de leur apparition, sous l'influence de la cause la plus légère. Il suffit, par exemple, dans ces circonstances, d'une immersion passagère des mains dans l'eau froide, ou d'un léger refroidissement des pieds, des bras, des épaules ou du cou, pour la faire naître.

Symptômes L'inflammation occupe tantôt une seule et tantôt les deux amygdales à la fois. Elle s'annonce d'abord par une légère difficulté d'avaler et la sensation d'un corps étranger dans la gorge ; une douleur plus ou moins vive ne tarde pas à se manifester ; il s'y joint de la chaleur et un besoin continuel d'avaler. La déglutition est difficile, douloureuse, quelquefois même impossible, le malade crache avec peine des mucosités visqueuses et filantes qu'il ne détache qu'avec difficulté du fond de la gorge ; il articule difficilement les sons, parfois même cela lui est tout-à-fait impossible ; et lorsque le gonflement des deux amygdales est considérable, la respiration peut être très-gênée, surtout lorsque du mucus s'accumule et augmente encore l'étroitesse du passage qui reste à l'air. En examinant le fond de la gorge au grand jour, ou à l'aide d'une lumière, on voit les amygdales plus ou moins augmentées de volume ; elles se touchent quelquefois, ou ne laissent entre elles qu'un espace fort étroit ; la portion de membrane muqueuse qui les recouvre est d'un rouge plus ou moins intense et souvent foncé ; elle est sèche d'abord, et plus tard elle se recouvre ordinairement d'une matière blanchâtre, sébacée, disséminée par plaques, ou bien d'une couche grisâtre et membraniforme. Il est rare que la luette et le voile du palais ne participent pas un peu au gonflement et à la rougeur. L'inflammation s'étend assez souvent à la trompe d'Eustache, ce qu'annoncent la douleur de l'intérieur de l'oreille en avalant, et la dureté de l'ouïe. Enfin à ces symptômes locaux se joignent fréquemment, lorsque l'amygdalite est intense, de la soif, des nausées, la perte d'appétit, la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, la sensibilité de l'épigastre, et la constipation.

Dans quelques cas d'amygdalite très-intense, vers le sixième ou septième jour, quelquefois plus tôt, rarement plus tard, la douleur devient gravative et sourde ; en portant le doigt sur la tumeur, on s'aperçoit qu'elle est ramollie, on y sent même quelquefois la fluctuation. Bientôt l'abcès s'élève en pointe,

s'ouvre pendant un effort pour cracher, avaler ou vomir, ou pendant le sommeil, et livre passage à une quantité de pus souvent si petite, que l'odeur seule, qui est toujours repoussante, en annonce l'issue. L'abcès se déterge assez lentement; enfin ses parois se réunissent et la cicatrice s'opère.

Ce ne sont pas seulement les amygdalites très-intenses qui se terminent ainsi par suppuration, et ce mode de terminaison est même plus fréquent qu'on ne le croit généralement. Mais la quantité de pus, presque toujours mêlé de sang, qui s'échappe à l'ouverture de l'abcès, est si faible, qu'on ne la remarque pas ou qu'on n'en soupçonne pas la source. On est cependant toujours averti de cette issue de la maladie par la cessation ou une diminution considérable et instantanée de la douleur locale et de la difficulté d'avaler. Chez quelques individus d'ailleurs l'amygdalite se termine toujours ainsi. Enfin, on peut souvent, en comprimant l'amygdale avec le doigt, faire sortir de petites portions de la matière qu'elle contient, par l'ouverture spontanée qui s'y est faite, ouverture qui quelquefois est visible.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La marche de l'amygdalite est en général assez rapide; elle dure de quatre à huit et à quinze jours, et rarement plus. Sa terminaison la plus fréquente est la résolution; elle se termine aussi par induration, par suppuration, et très-rarement par gangrène. Quand elle se répète souvent chez le même individu, elle finit par laisser chaque fois un peu d'engorgement dans la glande; cette tuméfaction rend l'amygdale plus disposée à contracter de nouvelles inflammations, elle augmente sans cesse, et gêne enfin au point de nécessiter une opération qui en débarrasse le malade. Quel que soit le degré d'intensité de l'amygdalite, cette phlegmasie est rarement une maladie dangereuse lorsqu'elle existe seule.

Traitement. La saignée générale au début, lorsque l'amygdalite est très-intense, les sangsues nombreuses et répétées au

cou, les pédiluves irritans, les lavemens purgatifs s'il y a constipation et que les voies digestives ne soient pas irritées; les boissons douces, mucilagineuses et peu sucrées, les gargarismes émolliens, et la diète : tels sont les moyens conseillés et employés par tous les médecins contre cette phlegmasie. Mais cette médication est à peu près sans effet, lorsque l'amygdalite doit se terminer par suppuration, ce qu'il est au reste impossible de prévoir; toute son action se borne alors à diminuer l'intensité des symptômes. En y ayant recours de bonne heure, on parvient souvent cependant à faire avorter l'inflammation. Plusieurs de nos malades, jusque là tourmentés d'amygdalites fréquentes et qui se terminaient toujours par suppuration après les avoir fait beaucoup souffrir, auxquels nous avons donné le conseil d'attaquer énergiquement par les saignées locales ces phlegmasies dès leur invasion, réussissent très-bien aujourd'hui à les faire avorter.

Un vomitif la fait disparaître très-promptement lorsque la rougeur est peu vive, que la langue est enduite d'un mucus jaunâtre sans rougeur à sa pointe ni sur ses bords, que le pouls est calme et la peau de température naturelle. Lorsqu'elle se termine par suppuration, si les tumeurs sont très-volumineuses, si l'anxiété est grande et la rupture de l'abcès tardive, on donne issue au pus par l'incision faite à l'aide d'un bistouri dont on enveloppe la lame avec une bandelette de linge jusqu'auprès de sa pointe. Dans les circonstances opposées, on attend l'ouverture spontanée de l'abcès. Quand enfin elle a lieu, on rend les gargarismes détersifs par l'addition de quelques gouttes d'acide sulfurique ou hydro-chlorique; on les compose avec des infusions de feuilles de ronces, d'écorce de grenade, etc.

Quand un malade a éprouvé plusieurs atteintes d'amygdalite, les amygdales restent souvent engorgées et quelquefois légèrement douloureuses. Pendant long-temps encore on peut dissiper cet engorgement par les applications de sangsues, les

gargarismes émolliens et astringens et les révulsifs : mais il vient une époque où ces moyens sont impuissans ; il faut alors avoir recours à une opération de chirurgie, l'extirpation. (Voyez *Désorganisations.*)

De la mammite.

L'inflammation de la glande mammaire existe rarement isolée, surtout à l'état aigu ; presque toujours elle accompagne celle du tissu cellulaire environnant. Mais sous forme chronique, elle est assez fréquente, et précède presque toujours le *squirrhe* ou *cancer* de cette partie.

Causes. Les plus fréquentes sont l'impression du froid sur le sein d'une femme nouvellement accouchée, une compression ou un coup dans la même circonstance, l'allaitement difficile et douloureux, et l'application de substances astringentes faite dans l'intention de dissiper promptement l'engorgement laiteux de l'organe. Les fortes compressions, les coups et les chutes peuvent enflammer la glande mammaire, alors même qu'elle n'est pas déjà excitée par la sécrétion du lait, mais c'est presque toujours son inflammation chronique qu'elles déterminent dans ce cas.

Symptômes, marche, durée, terminaisons et *pronostic.* Une douleur vive, une chaleur intense, du gonflement, et la rougeur de la peau, sont les symptômes ordinaires de la mammite. Mais ce sont, ainsi que nous l'avons déjà vu, les mêmes que ceux de l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la glande mammaire. C'est qu'en effet il est très-difficile de distinguer ces deux phlegmasies l'une de l'autre, et d'autant plus qu'elles existent presque toujours réunies. Voici cependant quelques caractères qui peuvent faire croire que l'inflammation occupe la glande seule. La douleur est ordinairement plus profonde et gravative dès le début; elle est partagée par le mamelon, qui rougit et se tuméfie, et elle est beaucoup plus vive dans ce corps que dans la glande elle-même. La tumeur est pe-

sante : les auteurs prétendent qu'elle est inégale et bosselée ; cela n'a lieu que lorsque les canaux excréteurs partagent l'irritation. C'est aussi dans la phlegmasie de la glande que s'observent ces cordes noueuses qui s'étendent de cet organe aux aisselles ; elles sont le signe de la participation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques circonvoisins à l'inflammation glandulaire. Enfin la douleur est souvent déjà très-vive, que la peau n'a pas encore rougi, et qu'elle est seulement luisante et tendue ; la suppuration s'établit plus lentement que dans le phlegmon ; le pus qui en résulte est grumelé et grisâtre, et la guérison se fait en général long-temps attendre.

Les caractères de la mammite chronique sont plus tranchés. D'abord, il est assez rare d'observer l'induration du tissu cellulaire, et lorsqu'on voit se prolonger un engorgement des mamelles, on a tout lieu de soupçonner qu'il a son siége dans la glande elle-même. La tumeur est ordinairement dure, indolente ou peu douloureuse, et sans changement de couleur à la peau ; elle est ovoïde ou inégale et raboteuse. Après être restée pendant plus ou moins de temps stationnaire, elle augmente de volume, devient le siége de douleurs plus ou moins vives, parfois lancinantes, et finit par entraîner la désorganisation de la glande. (Voyez *Désorganisations.*)

Traitement. On doit combattre avec beaucoup plus d'énergie la mammite que le phlegmon des mamelles ; il importe surtout d'en prévenir la terminaison par suppuration, dont les suites sont toujours graves. Il faut, en conséquence, faire dès le début de fortes applications de sangsues, et en seconder l'effet par les cataplasmes émolliens et un peu narcotiques, les bains généraux et le régime. Les mêmes moyens conviennent également contre la mammite chronique, mais les saignées locales, moins abondantes que dans l'état aigu, doivent être répétées et long-temps continuées ; les cataplasmes peuvent être astringens si la douleur est peu vive ; enfin, on a recours avec avantage aux purgatifs, à doses fractionnées, dans le but d'entretenir une

révulsion continue sur la membrane muqueuse des voies digestives.

De l'hépatite.

On nomme *hépatite* l'inflammation du parenchyme du foie. Elle se montre sous les formes aiguë, chronique et intermittente.

Hépatite aiguë.

Causes. Les causes les plus fréquentes de l'hépatite aiguë sont purement mécaniques ; ce sont : les coups sur l'hypochondre droit, les efforts pour soulever de lourds fardeaux, et toutes les chutes dans lesquels le corps éprouve une violente secousse. Il en est ainsi, du moins dans nos climats, où cette phlegmasie est rare à l'état aigu. Celles qui la produisent le plus communément ensuite sont : les vives stimulations de l'estomac et des intestins, celles surtout qui résultent de l'usage intempestif des émétiques et des drastiques. L'inflammation de la membrane muqueuse gastro-duodénale en est à plus forte raison une des causes les plus fréquentes ; cette phlegmasie fait naître celle du foie, soit en se transmettant par voie de continuité à cet organe par le canal cholédoque, ou dans quelques cas, comme le pense l'un de nos plus habiles anatomistes, M. Ribes, en se propageant par le moyen d'une inflammation veineuse qui, partie des veines situées à la surface de la membrane muqueuse, s'étendrait aux petites veines mésaraïques, de là à la veine porte et de celle-ci au foie, soit en l'irritant par voie de sympathie, mode de tranmission que nous croyons le plus fréquent et le plus naturel. Les plaies de tête, et les passions violentes et subites, telles que la colère, un chagrin profond, viennent en troisième ligne. Enfin, le refroidissement subit de la peau, l'immersion du corps en sueur dans l'eau froide, la répercussion d'une dartre ou de tout autre exanthème de la peau, d'une phlegmasie articulaire, et des hémorrhoïdes, l'occasionent quelquefois chez des personnes prédisposées. Si nous n'avons

pas fait mention, parmi ces causes, de l'abus du café, des liqueurs, des épices, etc., c'est parce qu'elles produisent plus fréquemment l'hépatite chronique que l'aiguë, peut-être même jamais cette dernière.

Dans les climats brûlans, cette phlegmasie est beaucoup plus fréquente que dans les nôtres; mais on sait quelle intensité y acquiert la gastro-entérite, et il est permis de croire que cette dernière affection y est presque toujours le mobile de la première. Il faudrait s'assurer d'ailleurs si, comme nous sommes portés à le croire, elle ne sévit pas davantage sur les Européens transplantés dans ces contrées, et qui par goût, par habitude, et imbus des préceptes dangereux de l'hygiène créée par l'école de Brown, abusent des stimulans là où la sobriété est une des premières conditions de la santé; si, disons-nous, elle ne sévit pas davantage sur ces individus que sur les indigènes. S'il en était ainsi, la chaleur n'en serait une des causes que par son action sympathique sur les voies digestives.

L'hépatite aiguë est rare chez les enfans et les femmes; on l'observe presque toujours chez des hommes dans l'âge mûr. L'abus des stimulans gastriques de toute espèce, et l'idiosyncrasie qu'on pourrait appeler *veineuse*, y prédisposent.

Symptômes. Une douleur quelquefois vive, mais plus souvent sourde, gravative et lancinante, dans l'hypochondre droit, s'étendant souvent à la poitrine et jusqu'à l'épaule du même côté, augmentée par le toucher, l'inspiration, la toux, et le décubitus sur le côté opposé, tandis que sur le côté malade il semble soulager, en est le principal et quelquefois l'unique symptôme. Le plus ordinairement il s'y joint de la fréquence, de la plénitude et de la dureté dans le pouls, une chaleur brûlante, mordicante et aride de la peau, l'ictère, l'enduit jaunâtre ou verdâtre ou noir de la langue, de la soif, la perte d'appétit, des nausées, une constipation opiniâtre, et des urines rares, jaunes, huileuses, très-troubles, et déposant un sédiment briqueté. Si, dans le cours de la maladie, on obtient quelques

selles, les matières sont blanches ou grises, et nullement colorées par la bile. Le hoquet et une petite toux rare s'y font parfois remarquer. Lorsqu'en outre de ces symptômes la langue est rouge au pourtour et à la pointe, que la soif est vive, qu'il y a des vomissemens bilieux, et que la douleur de l'hypochondre s'étend à l'épigastre, il existe une gastro-entérite compliquant l'hépatite. Tantôt, et c'est le plus ordinaire, les symptômes d'irritation gastro-intestinale ont précédé ceux de l'hépatite, et tantôt ce sont ceux de l'inflammation du foie qui ont ouvert la scène.

Aucun des symptômes que nous avons énumérés n'est constant. La douleur, par exemple, existe rarement dans les hépatites consécutives aux plaies de tête; l'ictère manque souvent, sans que l'on sache à quelles conditions pathologiques son absence est due; enfin, quand il n'existe pas de gastro-entérite concomitante, l'hépatite même assez aiguë n'est souvent accompagnée d'aucun des symptômes de réaction, tels que la fréquence du pouls, la chaleur de la peau, les nausées, la soif, etc.; mais il est rare que tous ces signes manquent à la fois. L'absence de la douleur et de l'ictère rendent le diagnostic souvent très-difficile.

Marche, durée, terminaisons et *pronostic.* La marche et la durée de l'hépatite aiguë n'ont point été déterminées par les auteurs. Elle est susceptible de se terminer par résolution, suppuration, gangrène, et passage à l'état chronique. La première de ces terminaisons est la plus favorable, et heureusement la plus fréquente entre les mains habiles; la suppuration est presque toujours suivie de mort; la gangrène entraîne nécessairement cette terminaison funeste, mais elle est excessivement rare; enfin, le passage à l'état chronique, quoique grave, est encore susceptible de guérison.

Caractères anatomiques. A l'ouverture des cadavres, on trouve le foie gorgé de sang, friable, de couleur foncée, souvent noirâtre et disposée par plaques régulières, contenant un

seul ou plusieurs abcès de pus ordinairement blanchâtre ; et dans les cas où l'inflammation a été partagée par le péritoine, l'organe est adhérent avec les parties environnantes, au diaphragme, à l'estomac, au duodénum, aux parois de l'abdomen, etc. Ces adhérences ne sont point encore organisées si la mort est survenue de bonne heure ; elles le sont d'autant plus que cette terminaison funeste a été plus tardive.

Traitement. La saignée générale peut être utile au début de l'hépatite aiguë intense, chez les individus pléthoriques ; il peut même devenir indispensable de la répéter, mais nous croyons, avec M. Broussais, que les saignées locales abondantes et répétées suffisent le plus ordinairement. Nous avons réussi à enlever deux hépatites très-aiguës par ces seules émissions sanguines. On les pratique presque toujours à l'hypochondre même ; mais lorsque le malade est sujet à des hémorrhoïdes, ou bien lorsqu'on soupçonne que l'inflammation a son siége à la partie concave du foie, il est avantageux de placer en même temps quelques sangsues à l'anus. Les cataplasmes émolliens sur l'hypochondre ne doivent pas être négligés, et si leur poids fatigue, on les remplace par une flanelle trempée dans une décoction émolliente. La diète la plus sévère est de rigueur. On prescrit pour boisson, une limonade, une orangeade, ou du sirop de groseille dans l'eau, ou de l'oxicrat, en un mot, un acide végétal quelconque étendu d'eau fraîche. Enfin, on joint à tous ces moyens des demi-lavemens de décoction de graine de lin ou de racine de guimauve, auxquels on ajoute avec avantage, ou du nitrate de potasse, ou de la pariétaire. Lorsque par cette médication on a beaucoup diminué les symptômes inflammatoires, les bains tièdes long-temps prolongés produisent d'excellens effets. Immédiatement après leur emploi, on peut avoir recours aux légers purgatifs salins, ou mieux à l'huile de ricin ; on obtient alors des selles de matières dures, grisâtres et quelquefois noires, d'une fétidité souvent repoussante, qui soulagent considérablement les malades. Mais il

faut s'arrêter promptement dans l'emploi de ces purgatifs, et ne pas les répéter, comme certains médecins le font du calomélas, tant vanté par les Anglais dans cette maladie comme dans toutes les autres. Les vésicatoires sur l'hypochondre ne doivent être employés qu'avec beaucoup de précautions, et seulement lorsque la phlegmasie touche à sa fin; les ventouses scarifiées sont utiles dans les mêmes circonstances et avec les mêmes réserves. Ce n'est aussi qu'avec de grands ménagemens que le malade peut revenir aux alimens. Enfin, quand un abcès s'est formé dans la substance du foie, le traitement rentre en entier dans celui de l'hépatite chronique.

Hépatite chronique.

Inflammation chronique du foie, *abcès du foie*, *foie gras*, *obstruction du foie*, *hépatite chronique*.

Causes. L'hépatite chronique succède assez souvent à l'aiguë, mais il arrive plus souvent encore qu'elle débute sous cette forme. Dans nos climats, elle est beaucoup plus fréquente que la précédente. L'usage continu d'alimens trop stimulans, tels que le gibier, toutes les viandes noires, les ragoûts épicés, etc., l'abus des liqueurs spiritueuses ou du café, et la chaleur atmosphérique, en sont les causes prédisposantes ordinaires, et peuvent, par leur continuité, finir par la produire, surtout chez les individus qui ont le système veineux très-développé, la peau brune, les cheveux noirs et les membres secs. Mais elle se développe le plus ordinairement à la suite des coups, des chutes et des percussions fortes sur la région du foie; sous l'influence des affections morales tristes et vives, des excès d'alimens de haut goût ou de boissons alcooliques, des vomitifs, des purgatifs répétés, et des autres stimulans médicamenteux; par l'effet sympathique des lésions du crâne et de la moelle épinière; par les secousses produites par les chutes sur les genoux, le sacrum, etc.; par la propagation au foie de l'inflammation des

parties voisines, telles que le péritoine, la plèvre, le tissu cellulaire de l'abdomen; par le frisson des irritations intermittentes et les courses forcées; enfin, par la répercussion d'une phlegmasie cutanée ou articulaire, ou la suppression d'un flux hémorrhoïdal. M. Broussais pense qu'elle est le plus communément le résultat d'une duodénite chronique.

Symptômes. Une douleur sourde, gravative dans l'hypochondre droit, augmentant par la pression, par les secousses un peu fortes, par le coucher sur le côté gauche, et après le repas, et ne devenant quelquefois même appréciable que dans ces circonstances, est encore le principal symptôme de l'épatite chronique. Elle n'est pas continue, ne s'irradie pas au loin, et est souvent accompagnée de dyspnée et de toux. Un peu de fréquence du pouls et de sécheresse de la peau l'accompagnent d'une manière continue, avec de petits redoublemens le soir; il y a quelquefois des nausées et des vomissemens; presque toujours la peau est colorée en jaune, les matières fécales sont au contraire blanches et décolorées; les urines sont foncées, et déposent un sédiment abondant. Quand la phlegmasie a déjà une certaine durée, on sent, en palpant l'abdomen, le foie qui dépasse le bord libre des côtes asternales, et s'étend plus ou moins vers l'épigastre et la région ombilicale; l'hypochondre droit est souvent plus élevé que le reste de l'abdomen.

Lorsque l'hépatite se termine par suppuration, la douleur de l'hypochondre devient ordinairement plus vive et pulsative, la gêne de la respiration augmente, il survient des frissons alternant avec des sueurs, les exacerbations du soir sont plus fortes, le pouls s'élargit et se ramollit, la paume des mains est brûlante, et le sommeil est agité. Au bout de quelques jours, si l'abcès a son siège à la surface convexe du foie, il vient ordinairement former une tumeur au-dessous des côtes asternales ou entre elles, après avoir été précédé par le gonflement œdémateux de tout l'hypochondre; quelquefois le pus fuse et va se rassembler en dépôt jusque sous l'aisselle, ou bien, par l'effet

d'une adhérence entre le foie, le diaphragme et le poumon, il s'ouvre une issue par les bronches. Si, au contraire, l'abcès est situé dans la partie concave de l'organe, le pus peut se faire jour dans l'estomac, le colon ou le duodénum, par suite d'adhérences contractées entre ces parties et les parois du dépôt, et dans le dernier de ces intestins, en prenant son cours par les conduits biliaires. Enfin le pus s'épanche quelquefois dans la cavité du péritoine par la rupture de l'abcès.

L'hépatite chronique ne s'annonce dans quelques cas que par une tumeur rénitente et peu douloureuse à la pression dans l'hypochondre droit, sans douleur lorsqu'on ne la touche pas, et ne faisant éprouver d'autre sentiment que celui d'un poids; par la jaunisse, les selles décolorées, et les urines rares et déposant un sédiment rouge foncé. Quelquefois même elle existe depuis long-temps sans qu'aucun signe en ait révélé l'existence. Cette phlegmasie n'est même pas très-rare sous cette forme. Enfin les symptômes d'irritation gastrique peuvent être prédominans, et l'hépatite n'être appréciable que par l'extension prise par le foie au-dessous des côtes; il y a alors gastro-hépatite.

Marche, durée, terminaisons et *pronostic*. Cette phlegmasie est d'autant plus rapide qu'elle se rapproche plus de l'état aigu; dans la nuance la plus légère, elle peut se prolonger pendant plusieurs années. Sa terminaison est presque toujours funeste : on en obtient cependant quelquefois la résolution ; on l'a vue guérir aussi après l'ouverture des abcès et le rejet du pus au dehors par l'une des voies que nous avons indiquées. Assez souvent elle passe tout-à-coup à l'état aigu, se communique au péritoine, et entraîne rapidement la mort. Quelquefois, il se forme une petite ulcération qui détruit les parois d'une veine, et donne lieu à une hémorrhagie promptement mortelle si elle se fait dans le péritoine, moins rapidement funeste si le sang pénètre dans l'estomac par suite d'adhérences contractées entre cet organe et le foie. Quand elle dure depuis un certain temps, et

qu'elle occupe une assez grande étendue de l'organe, il est rare que l'ascite n'en soit pas la suite.

Caractères anatomiques. Les lésions que l'on rencontre dans les cadavres des individus qui ont succombé à l'hépatite chronique, sont extrêmement variées, ce qui tient à la longue durée de cette phlegmasie dans le plus grand nombre des cas. La plus constante de ces lésions est l'augmentation du volume du foie; elle est plus ou moins considérable, l'organe envahit quelquefois la majeure partie de la cavité abdominale. Presque toujours aussi sa substance est ramollie et friable, sa couleur altérée, d'un rouge foncé, brunâtre, jaune rougeâtre, ardoisé ou noirâtre par plaques, et sa densité plus grande. On rencontre assez fréquemment des foyers purulens dans son épaisseur, formés quelquefois par du pus blanchâtre, et plus fréquemment par un liquide couleur lie de vin, qui semble tenir la matière même de l'organe en suspension. Plus rarement on y observe des masses tuberculeuses, de la matière encéphaloïde, de la mélanose, des kystes séreux ou hydatidiques. Toute la masse de l'organe est quelquefois squirrheuse, ou convertie en une matière adipocireuse (foie gras). La vésicule biliaire participe souvent à ces désordres; elle est rétractée et renferme une plus ou moins grande quantité de calculs, ou bien dilatée et remplie d'une bile noire et poisseuse. Enfin, il n'est pas rare de rencontrer des adhérences du péritoine sus-hépatique au péritoine sous-diaphragmatique, ou de la partie concave du foie à l'estomac, au duodénum ou au colon, une communication entre ces parties et l'intérieur d'un abcès creusé dans l'épaisseur de l'organe, et, lorsque la phlegmasie est ancienne et étendue, un épanchement de sérosité dans la cavité abdominale.

Traitement. Tant que l'hépatite chronique est assez vive pour faire sentir son influence au cœur, il faut la traiter comme si elle était aiguë, en proportionnant l'énergie des moyens à son intensité. Ainsi les saignées locales, les cataplasmes émolliens sur l'hypochondre droit, la diète, les boissons acidules, les la-

vemens émolliens, les bains tièdes, enfin les révulsifs et les doux minoratifs vers le déclin de la maladie, doivent composer tout le traitement. Mais comme cette hépatite chronique est très-souvent produite et entretenue par une gastro-duodénite, les moyens doivent être alors dirigés contre celle-ci beaucoup plus que contre celle-là, et les saignées locales pratiquées à l'épigastre. Lorsque l'hépatite a succédé à la disparition des menstrues ou d'un flux hémorrhoïdal, on doit placer les sangsues à l'anus.

C'est encore là même conduite qu'il faut tenir lorsque l'hépatite ne donne lieu qu'à des phénomènes locaux. Mais ici il faut tenir compte de l'ancienneté de la maladie, du degré de dépérissement du malade, et des moyens qui ont été déjà employés, et ne pas insister sur les antiphlogistiques si l'on a lieu de penser qu'ils doivent être inutiles. C'est au tact du praticien à juger de ces cas. Toutefois nous devons dire qu'il est extrêmement difficile de poser la limite où cesse l'efficacité des émissions sanguines secondées par les émolliens et la diète ; on les a vues amener des résultats inespérés dans des cas où leur emploi avait paru téméraire. Les longues suppurations à la région du foie, produites par les moxas, les cautères ou les sétons, sont, sans contredit, la plus puissante ressource que l'art possède contre l'affection qui nous occupe. Mais le praticien ne doit jamais oublier qu'il en détruit les bons effets s'il veut administrer en même temps ces médicamens irritans, connus sous les noms de *désobstruans*, *fondans*, etc., parmi lesquels les savonneux et l'essence de térébenthine jouent le premier rôle. Toute stimulation gastrique excite le foie, il faut donc éviter même la plus légère quand cet organe est enflammé. Si cependant le malade désire les alimens et les digère avec facilité, on lui permettra un régime végétal, mucoso-sucré, gélatineux, féculent et lacté. Les tisanes seront légères, émollientes, et autant que possible diurétiques ; le chiendent, la réglisse, la bourrache, la pariétaire, la buglose, la saponaire, etc., sont les plantes

dont on les compose ordinairement. Les eaux minérales, tant vantées, sont en général d'un faible secours, cependant celles qui contiennent beaucoup d'acide carbonique, ou des hydro-sulfures, ont procuré quelques guérisons, quand un régime bien entendu en a secondé les effets. On trouve conseillés dans les auteurs, le proto-chlorure de mercure, le diagrède, la gomme-gutte, l'extrait de trèfle d'eau, le carbonate de potasse, la scille, l'ellébore, la rhubarbe, la térébenthine, etc.; mais la plupart de ces médicamens sont plutôt contraires que favorables : la maladie s'aggrave presque constamment sous leur influence.

Lorsque l'hépatite se termine par suppuration, le pus peut se faire jour par les différentes voies que nous avons indiquées, s'épancher dans la plèvre ou le péritoine. Mais lorsque l'inflammation a occupé la face convexe du foie, la collection purulente fait saillie à l'extérieur, et devient accessible aux moyens chirurgicaux. Aussitôt qu'on a acquis la certitude de l'existence d'un tel abcès et que la fluctuation est manifeste, il faut en toute hâte en faire l'ouverture, pour prévenir sa rupture spontanée à l'intérieur et l'épanchement du pus dans la cavité péritonéale.

Nous disons que ce n'est qu'après avoir acquis la certitude de l'existence d'un dépôt dans la substance du foie, qu'il est permis de procéder à son ouverture ; ceci demande quelques détails.

Quand l'abcès succède à une hépatite évidente, qu'il occupe le corps même de l'organe, et se prononce dans un espace intercostal ou au-dessous des côtes asternales, mais à quelque distance du bord libre du foie, le diagnostic en est facile, et l'on ne peut le confondre avec aucune autre maladie. Mais quand les symptômes de l'hépatite ont été nuls ou obscurs, comme cela est si fréquent, et qu'en même temps la tumeur a son siége sur le rebord du foie, il importe beaucoup de s'assurer qu'elle n'est pas formée par la vésicule biliaire dilatée par la présence d'une

grande quantité de bile; car la mort serait, dans ce cas, la suite inévitable de l'opération, à moins que cette poche n'eût contracté avec les parois abdominales des adhérences qui s'opposassent à l'épanchement de la bile dans la cavité du péritoine. J.-L. Petit a porté son attention sur ce sujet important, et voici le résultat de ses recherches. La résolution brusque d'une hépatite peut être suivie d'une accumulation de bile dans la vésicule du fiel, et par conséquent de l'apparition d'une tumeur sur le bord du foie, qu'on peut d'autant plus facilement prendre pour un abcès, que la formation de celui-ci est aussi précédée par une rémission notable des symptômes, et qu'il y a des frissons irréguliers dans les deux cas. Mais les symptômes qui précèdent la formation de l'abcès durent plus long-temps, il y a eu des douleurs pulsatives, le malade reste dans un état d'abattement qui n'est point en rapport avec la diminution des douleurs, et les frissons sont prolongés et accompagnés de moiteur; le contraire a lieu dans le cas de tumeur biliaire. Cette tumeur occupe toujours un lieu déterminé et connu; elle est circonscrite, et présente également, dans toute son étendue, une fluctuation évidente; au lieu de cela, la tumeur formée par un abcès est large, non circonscrite, et les tégumens qui la recouvrent présentent un empâtement remarquable, à travers lequel on peut sentir qu'elle ne présente de fluctuation qu'à son centre, et que sa circonférence est dure et élevée. Avec ces données, il est aisé d'éviter des méprises fâcheuses. Les anciens, pour éviter l'hémorrhagie, ouvraient ces abcès soit à l'aide d'un fuseau trempé dans l'huile bouillante, soit à l'aide du fer rouge. On a aussi proposé la potasse caustique. Aujourd'hui on se sert du bistouri, à l'aide duquel on fait une incision verticale qui peut avoir quelque étendue sur les tégumens, mais à laquelle on donne des dimensions moindres à mesure qu'elle s'étend aux tissus sous-jacens. On incise ces tissus avec précaution, couche par couche, afin de ne pas dépasser les limites de l'adhérence établie entre le foie et les parois abdominales; et si, à cause de

la profondeur du foyer, le pus s'écoule difficilement, on donne à l'incision la forme d'un T, en divisant transversalement la lèvre postérieure; le danger de léser le muscle droit ou l'artère épigastrique contre-indiquant toute incision dirigée en avant.

Le pansement consiste à introduire dans la plaie, après l'évacuation du pus, une mèche de linge effilé enduite de cérat. Un cataplasme est ensuite appliqué sur la partie. Quelquefois il est utile de faire avec douceur quelques injections émollientes dans la cavité du foyer. Lorsque celui-ci n'est pas trop considérable, on voit peu à peu la suppuration diminuer, et la plaie se cicatriser complètement. Il faut alors soutenir pendant quelque temps la cicatrice, afin de prévenir la formation d'une hernie par ce point affaibli des parois abdominales.

Hépatite intermittente.

On lit dans les auteurs quelques observations d'hépatite intermittente, accompagnée de jaunisse, paraissant et disparaissant avec les accès. Mais on a souvent confondu avec cette affection, des gastro-entérites intermittentes précédées d'un violent frisson, pendant lequel le foie s'engorgeait de sang et devenait douloureux, par l'effet de cette espèce de refoulement du sang de la périphérie au centre; dont nous avons essayé d'expliquer le mécanisme ailleurs (Voyez *gastro-entérite intermittente*) (1). Le traitement de cette phlegmasie est celui de toutes les phlegmasies intermittentes.

De la pancréatite.

L'inflammation du pancréas n'est encore connue que des anatomo-pathologistes. On ignore quelles en sont les causes, les symptômes en sont très-obscurs, et ce n'est presque toujours

(1) Tome Ier, pag. 507 et suiv.

qu'à l'ouverture des cadavres qu'il est possible de la constater. On ne doit point s'en étonner. Un organe chargé de fonctions aussi peu importantes, n'exerçant d'influence sympathique connue sur aucun autre, à l'abri de toutes les causes de stimulation, excepté celles qu'il reçoit des voies digestives, un tel organe devait être rarement affecté, et privé de phénomènes locaux et sympathiques propres à exprimer sa souffrance. A ces causes d'incertitude dans le diagnostic de ses maladies, vient s'en joindre une autre non moins puissante, c'est que cet organe n'étant jamais affecté seul, ses cris de douleur, s'il en a de propres, sont étouffés par ceux bien plus énergiques de l'estomac, des intestins, du foie ou du péritoine, toujours souffrans en même temps et bien plus vivement que lui; ou, pour parler sans métaphore, les symptômes de son inflammation, s'il en existe de spéciaux, sont confondus parmi ceux de l'inflammation des organes voisins. Ce n'est que lorsqu'il a acquis un certain volume, qu'il serait peut-être possible de reconnaître son affection. Le siége de la tumeur, son indolence, sa forme allongée transversalement à l'abdomen, et l'absence des signes d'hépatite, de péritonite et gastrite chroniques, et d'inflammation chronique avec engorgement du pylore, seraient probablement les signes auxquels on reconnaîtrait la pancréatite, si elle existait isolée. Un médecin a fait insérer dans le Bulletin de la société médicale d'émulation, quelques faits tendant à prouver que la salivation abondante en est un des symptômes. Le traitement serait celui de toutes les phlegmasies chroniques.

Sur les cadavres on a trouvé le pancréas induré, désorganisé au milieu d'un kyste, transformé en matière graisseuse, et quelquefois ossifié.

De la néphrite.

On nomme ainsi l'inflammation des reins. C'est la *fièvre néphrétique*, la *néphrétie*, la *néphralgie*, etc. des auteurs

Causes. L'âge adulte, le tempérament sanguin, l'inaction, les lits trop chauds ; la circonstance d'être né de parens atteints de la phlegmasie articulaire connue sous le nom de *goutte*, et à plus forte raison celle d'en être soi-même affecté, sont généralement regardés comme les causes prédisposantes de la néphrite. Elle est ordinairement produite par l'abus des liqueurs alcooliques et de toutes les boissons excitantes et surtout diurétiques, comme la bière, certains vins chargés d'acide carbonique, l'eau-de-vie de genièvre, etc. ; par l'usage continu d'une nourriture trop succulente et trop stimulante, du gibier et de toutes les viandes noires et faisandées, des ragoûts salés et épicés ; l'ingestion des cantharides, des aphrodisiaques, des diurétiques âcres ; la gastro-entérite avec ictère désignée sous le nom de *fièvre jaune* (voyez cette maladie) ; la chaleur excessive, un refroidissement subit du dos et des lombes, les coups et les chutes sur la région des reins, les blessures de ces organes, les secousses d'une équitation violente, les sauts, la danse forcée, les efforts pour soulever des fardeaux, la suppression de la sueur ou d'une hémorrhagie habituelle ; la rétention de l'urine, et enfin la métastase d'une phlegmasie et principalement de celle des articulations, de l'urètre ou de la vessie. On compte également parmi les causes de la néphrite, la présence de vers ou de calculs dans les reins ; mais le plus ordinairement ces corps étrangers sont eux-mêmes des effets de l'inflammation qu'ils ne font qu'accroître par leur présence. Enfin on a remarqué qu'elle est plus fréquente dans les contrées froides et humides, telles que la Hollande et l'Angleterre. Mais cette condition atmosphérique n'est pas la seule

cause qui en favorise le développement dans ces pays; l'usage du thé, de la bière, des boissons éminemment diurétiques, ne contribue pas moins à l'y faire naître. Le froid humide, en s'opposant à la transpiration cutanée, force les reins à une activité continuelle pour y suppléer, tandis que les boissons diurétiques indiquées viennent augmenter encore l'action de ces organes. On conçoit aisément que, soumis à l'influence de pareilles causes, ils soient souvent frappés d'inflammation.

Symptômes. Quand l'invasion est brusque, un frisson est ordinairement le premier symptôme qui se manifeste. Bientôt une douleur vive, aiguë, lancinante, ou bien obtuse, gravative, pongitive et profonde, se fait sentir dans la région lombaire, d'un seul ou des deux côtés. Elle se propage souvent à la vessie, la verge, dans l'aine et au scrotum, quelquefois à la cuisse, qui parfois n'est qu'engourdie, et toujours du côté du rein enflammé, si un seul est dans cet état. La pression, le mouvement, surtout debout; la toux, l'éternument, le rire, les grandes inspirations, les efforts pour aller à la garde-robe augmentent cette douleur. Le malade éprouve dans la partie une sensation de chaleur et de pesanteur, quelquefois de constriction ou de dilacération. L'urine coule goutte à goutte; elle est rare, rouge, sanguinolente, et se supprime entièrement quand les deux reins sont enflammés. D'autres fois elle est aqueuse, claire, limpide, et dépose un sédiment blanc et homogène; enfin, dans les cas où il existe des calculs, elle laisse déposer au fond du vase de petits graviers inégaux, irréguliers et semblables à du sable. Des phénomènes sympathiques s'ajoutent à ceux que nous venons de décrire. Ce sont : la rétraction du testicule; des nausées, des vomissemens bilieux, des rots et des vents, un sentiment de constriction à l'épigastre, des douleurs vagues et le ballonnement du ventre, de la diarrhée avec ténesme, la sécheresse de la langue, une soif plus ou moins vive, et un pouls dur, plein et quelquefois petit et intermittent. L'état de la peau n'est pas constant; ordinairement elle est sèche

et brûlante, mais quelquefois elle est couverte de sueur, et si le cours de l'urine est entièrement suspendu, la sueur en contracte souvent l'odeur ammoniacale. On observe, dans quelques cas, le hoquet, une toux sèche, la gêne de la respiration, et la douleur de tête et l'insomnie.

Lorsque la douleur du rein est aiguë, pongitive, déchirante, qu'elle survient tout-à-coup et cesse de même, qu'elle semble suivre et dessiner les uretères, qu'elle diminue dans certaines positions du corps et augmente dans d'autres; il est probable qu'elle est due à la présence de calculs dans le rein. Si en même temps l'urine se supprime subitement avec la naissance de la douleur, et coule de nouveau aussitôt qu'elle s'apaise, et si surtout de petits graviers sont déposés sur les parois du vase de nuit, on ne peut plus conserver de doute sur l'existence d'une *néphrite calculeuse*. C'est principalement dans cette néphrite, et lorsqu'un calcul anguleux chemine lentement dans un uretère dont il déchire les parois, ou que ses aspérités s'enfoncent dans la substance même du rein, qu'aux symptômes précédemment décrits se joignent les convulsions ou le délire, effets sympathiques de l'atrocité de la douleur. C'est encore dans ce cas qu'on observe le plus ordinairement les sueurs froides, l'intermittence du pouls et les urines sanglantes. On nomme *coliques néphrétiques*, les douleurs qui accompagnent cette néphrite.

Tels sont les symptômes de la *néphrite aiguë;* ceux de la *néphrite chronique* n'en diffèrent que par l'intensité. Ils peuvent ne consister que dans une douleur médiocre des lombes, celle de l'aine, la rétraction du testicule, l'engourdisement de la cuisse et l'émission d'urines chargées de graviers, et surtout de sang, la vessie n'étant pas malade, et ne se manifester que de temps à autre, et surtout après les excès dans le boire ou le manger. (*Gravelle.*) Quelquefois même ils sont si peu marqués, que le diagnostic est difficile; heureusement qu'alors la maladie est peu grave. Quelques malades ont

rendu des vers par les urines, et l'on n'a pas manqué de créer aussitôt une espèce de néphrite, qu'on a appelée *vermineuse*, mais il n'existe pas de symptômes propres à cette affection, si ce n'est l'issue même de ces animaux. (V. *Productions morbides*.)

Enfin, après des symptômes de néphrite plus ou moins aiguë, mais au milieu desquels on a pu remarquer la plénitude du pouls et la chaleur halitueuse de la peau, lorsque la douleur devient pulsative, le pouls plein et mou, que des frissons alternent avec des petites sueurs, et qu'un poids plus considérable se fait sentir dans la région du rein affecté, c'est qu'il se forme un abcès dans la substance de cet organe. Si le tissu cellulaire qui l'environne participe à l'inflammation, la région lombaire s'empâte, se tuméfie, et une fluctuation profonde se manifeste, le diagnostic alors n'est plus douteux.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La néphrite est ordinairement continue; elle est rarement intermittente; à moins qu'on ne veuille considérer comme des intermissions, les momens de relâche que laisse la néphrite calculeuse. Aiguë, sa durée est de huit à vingt jours; chronique, elle se prolonge indéfiniment et dure souvent toute la vie. Elle se termine par la résolution, annoncée par un sédiment épais, abondant et roussâtre des urines; par suppuration, dont la matière se fait jour par le colon, ou s'épanche dans la cavité abdominale, ou vient former un dépôt à l'aine ou à l'anus, ou séjourne dans le rein et le désorganise, ou bien, dans les cas plus heureux, descend dans la vessie et s'évacue avec l'urine; elle se termine aussi par la gangrène, par induration et désorganisation de l'organe, et enfin par la mort. Cette maladie, presque toujours très-douloureuse, a rarement une issue funeste.

Caractères anatomiques. A la suite de la néphrite aiguë, on trouve le rein rouge, gorgé de sang, tuméfié, facile à déchirer, contenant de petits foyers purulens, et quelquefois des calculs libres ou qui ont déchiré la substance dans laquelle ils sont encore implantés. Après la néphrite chronique, l'organe est sou-

vent devenu squirrheux, d'un volume considérable, ou bien il est converti en une matière cérébriforme, graisseuse, osseuse, ou bien encore il est désorganisé au milieu d'un kyste plein de pus, où rempli de vers ou d'hydatides.

Traitement. Dans l'état aigu de la maladie, il n'y a pas à balancer sur le choix des moyens. La saignée générale répétée, les applications nombreuses de sangsues sur la région des reins, les cataplasmes émolliens, les bains tièdes prolongés, les demi-lavemens émolliens et narcotiques, la diète et les boissons mucilagineuses, émulsionnées, mais non diurétiques, sont ceux auxquels il faut avoir immédiatement recours. Ce n'est que dans le cas de néphrite calculeuse qu'il est avantageux de rendre les boissons diurétiques. Quand l'inflammation est moins violente, on joint aux moyens précédens, dont on a proportionné l'énergie à l'intensité du mal, les révulsifs sans cantharides, les embrocations d'huile tiède camphrée, et les légers laxatifs. Dans la néphrite chronique, le traitement repose encore sur les mêmes bases, mais les saignées générales deviennent inutiles. On peut insister davantage sur les boissons légèrement diurétiques, et faire usage avec succès des anti-spasmodiques. Nysten calmait souvent ses douleurs néphrétiques par la seule odeur de l'assa-fœtida. Un grand nombre de médicamens sont conseillés contre la néphrite calculeuse chronique ou la gravelle. Les principaux sont : la soude ou la potasse, depuis vingt grains jusqu'à deux gros dans les infusions de saponaire, de salsepareille ; les pilules savonneuses, le remède de mademoiselle Stephens, l'eau alkaline gazeuse, l'eau de chaux, les limonades faites avec l'acide nitrique ou hydro-chlorique, et les décoctions de racine ou de tige d'asperges, de feuilles d'uva-ursi, de racine d'aunée, de fraisier, etc., avec ou sans nitrate de potasse. Le petit-lait, la limonade au citron, le sirop de groseille dans l'eau, l'eau de veau, etc., paraissent aussi avantageux que les boissons précédentes, mais toutes sont inefficaces si le malade ne renonce au vin, à toutes les liqueurs spi-

ritueuses, aux boissons fermentées, aux mets salés, épicés, ou trop succulens, trop stimulans, pour se nourrir exclusivement avec des végétaux et avec de l'eau pure. Mais combien peu d'hommes veulent se soumettre à une réforme aussi rigoureuse. M. Magendie cite l'exemple d'un négociant que des revers et des retours alternatifs de fortune firent passer plusieurs fois d'une table bien fournie à un régime forcé d'anachorète, et qui vit les douleurs de la gravelle dont il était tourmenté l'abandonner avec ses richesses et la bonne chère, et reparaître avec elles (1).

Lorsqu'un abcès s'est formé dans la substance du rein, et qu'il se prolonge dans la région lombaire, il faut en faire l'ouverture aussitôt que l'on commence à sentir la fluctuation, et même auparavant si l'on se croit assez certain de l'existence de l'abcès, afin d'en prévenir la rupture qui serait suivie d'un épanchement mortel de pus et d'urine dans la cavité abdominale. Le procédé opératoire ne présente rien de particulier.

De la didymite.

On nomme ainsi l'inflammation des testicules. Elle est aiguë ou chronique, et n'a point encore été observée sous forme intermittente. On la trouve décrite dans les auteurs, sous la dénomination d'*engorgement inflammatoire des testicules*.

Causes. Cette phlegmasie se développe souvent à l'occasion de la plus légère violence extérieure exercée sur les testicules. La raison en est dans l'exquise sensibilité de ces organes. Ainsi, un faible froissement ou les secousses imprimées par l'équitation sur un cheval dont le trot est dur suffisent pour la déterminer ; à plus forte raison se développe-t-elle par un coup, une pression, ou une plaie du testicule. Mais sa cause la plus fré-

(1) *Recherches physiologiques et médicales sur les causes, les symptômes et le traitement de la gravelle.*

quente est dans l'inflammation de la membrane muqueuse de l'urètre. (Voyez *uréthrite*) Dans quelques cas extrêmement rares, elle est produite par le défaut d'évacuation de la liqueur séminale. On la nomme alors *spermatocèle*.

Symptômes. Ils consistent dans la douleur et le gonflement d'un ou des deux testicules, qui commencent ordinairement par l'épididyme, la rougeur et la tension du scrotum, et la chaleur qui occupe toutes ces parties. La douleur se propage souvent le long des cordons spermatiques jusque dans la région des reins, et le mouvement le plus léger l'augmente si l'organe n'est pas bien soutenu. Enfin, lorsque l'inflammation est très-intense, la peau s'échauffe, le pouls s'accélère et devient dur et élevé ; les urines sont rares et briquetées. Lorsque la phlegmasie est chronique, soit qu'elle ait débuté sous cette forme, soit qu'elle ait succédé à l'état aigu, la douleur et la chaleur sont ordinairement peu marquées, quelquefois même presque nulles, et l'engorgement et la pesanteur de l'organe sont les seuls symptômes qui existent. Quelquefois cependant le testicule malade devient le siége de douleurs lancinantes. Pour quelques chirurgiens, ce symptôme est l'indice de la dégénérescence squirrheuse de l'organe et le prétexte de son ablation ; aussi extirpent-ils souvent des testicules susceptibles encore de guérison. Il ne faut pas imiter leur conduite, et l'on doit attendre des signes plus certains de désorganisation pour se décider à pratiquer une opération aussi grave. (Voyez *désorganisations*.)

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Le testicule enflammé acquiert promptement un volume considérable ; mais cet engorgement met toujours beaucoup de lenteur à se dissiper, malgré l'emploi des moyens les plus rationnels et les plus puissans. Très-souvent la phlegmasie passe à l'état chronique, et quand elle paraît même se dissiper complètement, il est rare que le testicule qui en a été le siége ne reste pas un peu plus volumineux qu'il n'était auparavant. L'épididyme surtout con-

serve presque toujours du gonflement et de la dureté, mais cet état est sans danger si de nouvelles irritations ne viennent l'accroître. Quelquefois la didymite se termine par suppuration, et alors la perte de l'organe en est toujours la suite. Dans tous les cas, même les plus graves, cette phlegmasie n'entraîne jamais la mort.

Traitement. Le traitement de la didymite consiste dans l'emploi des saignées générales, et surtout des saignées locales, dans l'application des cataplasmes émolliens et narcotiques, les bains tièdes, le repos absolu, l'usage des boissons délayantes, les lavemens émolliens, et la diète si l'inflammation est très-intense et accompagnée de fréquence du pouls et de chaleur de la peau. Quand la chaleur locale et la douleur sont en grande partie dissipées, on peut avoir recours aux topiques astringens que nous avons déjà indiqués en traitant de l'urétrite; on peut également les employer au début de l'inflammation, lorsqu'elle n'a encore qu'une médiocre intensité; mais il est plus prudent, dans ce cas, d'essayer de la faire avorter par les saignées locales abondantes, les bains prolongés et les cataplasmes émolliens. Le traitement de la didymite chronique repose sur les mêmes bases : les emplâtres fondans, tels que celui de *Vigo cum mercurio*, sont souvent très-utiles pour dissiper l'engorgement qui persiste après l'emploi des émolliens et des saignées locales. Lorsque ces moyens, long-temps continués, restent sans effet, nul doute que le testicule ne soit devenu squirrheux; mais il ne faut jamais oublier que l'on n'a la certitude complète de cette dégénérescence, et qu'il n'est permis d'avoir recours à l'ablation de l'organe malade qu'après avoir épuisé toute la série des moyens que l'art conseille, mais surtout après avoir insisté longuement sur les saignées locales et les topiques émolliens. La sensibilité excessive du testicule fait qu'on ne cherche point à s'assurer par le toucher s'il existe ou non de la fluctuation, et qu'on n'est ordinairement averti de la terminaison de la didymite par suppuration que par la rupture spontanée de

la tunique albuginée et par l'écoulement du pus : mais, eût-on acquis la certitude de la formation d'un abcès dans le corps du testicule, il vaudrait autant l'abandonner à lui-même que de l'ouvrir, car toutes les ouvertures spontanées ou artificielles faites à l'enveloppe fibreuse de l'organe, sont immédiatement suivies de l'écoulement de sa propre substance, et par conséquent de sa destruction complète.

De la prostatite.

L'inflammation de la prostate est assez rare ; elle affecte tantôt la forme aiguë et tantôt la forme chronique.

Causes. La plus fréquente des causes de la prostatite est l'inflammation aiguë ou chronique du canal de l'urètre produite par un coït impur; mais elle est quelquefois la suite d'une chute ou d'un coup sur le périnée, d'une fausse route faite à travers la substance de la glande par un cathétérisme violent, et, selon quelques auteurs, de la suppression des hémorrhoïdes. Dans quelques cas, elle est déterminée par des calculs qui se sont formés au sein de la prostate ; mais ces calculs eux-mêmes ne sont-ils pas l'effet d'une inflammation chronique de la glande?

Symptômes. Elle s'annonce d'abord par un sentiment de chaleur et de pesanteur au périnée, au-devant de l'anus, et par des ténesmes et des envies fréquentes d'uriner. Bientôt des douleurs vives se font sentir au col de la vessie, et tous les efforts pour aller à la garde-robe les augmentent. Le volume de la glande s'accroît : en introduisant le doigt dans l'anus, on sent la tumeur qu'elle forme, et on réveille les douleurs. L'écoulement des urines est rendu de plus en plus difficile par la compression de l'urètre, et si l'on cherche à sonder le malade, on n'y parvient qu'avec beaucoup de difficultés, et en occasionant des douleurs très-vives lorsque l'instrument arrive à la hauteur de la prostate. Enfin, ces symptômes s'accompagnent

toujours de l'accélération du pouls, l'augmentation de la chaleur de la peau, la constipation, la soif et la perte de l'appétit. On soupçonne que du pus se forme dans la glande lorsque, malgré l'emploi des antiphlogistiques les plus puissans, on ne voit s'opérer aucune diminution dans les symptômes, pas même dans l'obstacle au cours des urines. Assez ordinairement alors il se manifeste de petits frissons passagers à diverses époques du jour; le pouls devient plus large et plus mou, et la peau est légèrement moite. Le pus se rassemble en un seul ou en plusieurs foyers, et il se fait jour par la vessie, par l'urètre, ou par le rectum. Dans ce dernier cas, on peut, avant l'ouverture de l'abcès, sentir la fluctuation en portant le doigt dans l'anus. Quelquefois les abcès qui sont situés au-dessous de la membrane muqueuse urétrale sont ouverts par le bec de la sonde, qu'on cherche à placer pour remédier à la rétention d'urine. Après l'évacuation du pus, l'urine s'écoule librement. Si ce liquide n'était rassemblé qu'en un seul foyer, la suppuration, d'abord abondante, diminue par degrés, et le malade finit ordinairement par guérir au bout d'un temps toujours assez long; mais lorsqu'il y a plusieurs foyers dans l'épaisseur de la glande, il est rare qu'ils puissent tous s'ouvrir; alors la fréquence du pouls et la chaleur de la peau continuent, et se manifestent, surtout le soir, par des redoublemens, le malade maigrit, et peut finir par périr dans le marasme.

La prostatite chronique succède souvent à l'aiguë, mais, plus fréquemment encore, elle débute sous cette forme, et sans avoir été précédée de phénomènes inflammatoires. Dans le premier cas, on la reconnaît aisément; mais, dans le second, cela devient quelquefois très-difficile au début. On s'aperçoit d'abord que le jet de l'urine est de moins en moins volumineux; souvent il se bifurque ou se contourne en spirale; il diminue chaque jour, et l'urine ne coule plus que goutte à goutte et avec lenteur. Mais avant que la maladie soit arrivée à ce point, on a presque toujours pu reconnaître la tuméfaction

plus ou moins douloureuse de la prostate par l'introduction du doigt dans l'anus. A ce degré, le malade ne peut commettre un excès dans le régime ou les plaisirs vénériens, sans éprouver un accroissement subit dans les symptômes inflammatoires, et souvent une rétention complète de l'urine.

Marche, durée, terminaisons et *pronostic*. La prostatite aiguë se termine ordinairement en huit à dix jours par résolution; quelquefois elle se termine par suppuration, souvent par l'état chronique, et rarement par gangrène. Dans ces trois dernières circonstances, elle devient toujours une maladie grave, et peut entraîner la mort du malade.

Caractères anatomiques. On trouve ordinairement sur les cadavres la prostate qui a été le siége d'une inflammation aiguë, gonflée, rouge, facile à déchirer, et contenant quelquefois de petits foyers purulens separés, ou bien un seul dépôt occupant presque toute sa substance. A la suite de son inflammation chronique, on la rencontre ordinairement indurée, squirrheuse, et souvent contenant des calculs.

Traitement. Il importe beaucoup d'obtenir la résolution prompte de la prostatite, et de prévenir, soit la suppuration, soit le passage à l'état chronique. A cet effet, il faut avoir recours à la saignée générale, mais surtout aux sangsues au périnée, répétées autant de fois que la persistance de l'inflammation l'exige, aux bains tièdes, aux demi-bains émolliens et narcotiques, aux lavemens et aux cataplasmes de même nature, et administrer à l'intérieur des boissons gommeuses, mucilagineuses, des émulsions, de légères doses d'opium, etc., en même temps que l'on recommande une diète sévère. Il est important de ne donner les boissons qu'à de très-petites doses, afin de ne pas augmenter la quantité des urines, et par suite les dangers de leur rétention : aussi, lorsque la strangurie est extrême, est-il préférable d'étancher la soif du malade en lui donnant des tranches d'orange ou de citron, ou quelques gorgées de limonade seulement; à plus forte raison doit-on le

faire lorsque l'émission de l'urine est tout-à-fait impossible. Dans ce dernier cas, il faut essayer d'introduire une sonde dans la vessie, et, si l'on ne peut y parvenir, pratiquer la ponction. La situation profonde de la prostate la rendant à peu près inaccessible aux instrumens tranchans, on est dans l'usage de laisser les abcès qui s'y forment s'ouvrir d'eux-mêmes. Cependant les accidens graves qui résultent de la terminaison par suppuration n'autoriseraient-ils pas, dans les cas où il survient des accidens de consomption, à fendre le sphincter de l'anus et la partie inférieure de l'intestin rectum, pour pénétrer jusqu'à la glande, et y porter directement les secours de la chirurgie ?

Ce sont encore les mêmes moyens, saignées locales, demi-bains, etc., qui réussissent dans la prostatite chronique : mais il faut y joindre l'usage des bougies emplastiques d'abord, puis des sondes de gomme élastique, dont on augmente successivement le calibre pour rendre au canal tout son diamètre. Le malade doit les porter long-temps s'il ne veut voir le rétrécissement se reproduire, et ne pas hésiter à les reprendre lorsqu'après les avoir abandonnées il s'aperçoit qu'au bout de quelque temps le jet de l'urine devient plus délié. On est parvenu quelquefois à dissiper l'engorgement chronique de la prostate par des frictions d'onguent mercuriel au périnée. Tous les auteurs en recommandent l'emploi lorsque la prostatite succède à l'infection vénérienne.

De l'ovarite.

L'inflammation des ovaires est beaucoup plus fréquente qu'on le pense généralement ; mais elle est souvent méconnue dans l'état aigu, plus souvent encore dans l'état chronique, et tant que l'organe n'a pas acquis un volume assez considérable pour être senti à travers les parois abdominales : aussi ne trouve-t-on, dans la plupart des ouvrages de pathologie, décrites d'autres maladies de l'ovaire, que le *squirrhe* et l'*hy-*

dropisie enkystée. (Voyez *Productions morbides* et *Désorganisations.*)

Causes. Nous avons eu plusieurs occasions d'observer l'ovarite aiguë, et toujours nous l'avons vue accompagnant la métrite et persistant après elle. Aussi, nous pensons, avec plusieurs médecins, que l'inflammation des ovaires est, dans le plus grand nombre des cas, consécutive à l'inflammation de la matrice ou à celle de la portion du péritoine qui les recouvre : on ne conçoit même pas que ces organes puissent s'enflammer autrement. A l'abri de toutes les influences atmosphériques et de toutes les causes ordinaires d'irritation, impassibles au milieu de la souffrance de tous les autres organes, excepté l'utérus et la portion de péritoine qui les touche immédiatement, d'où peuvent en effet leur venir l'excitation et la phlogose, si ce n'est par les deux voies que nous avons indiquées? Les contusions et les piqûres ne peuvent les atteindre qu'après avoir lésé des organes dont l'affection, beaucoup plus grave que la leur, réclame toute l'attention du médecin.

L'ovarite aiguë survient presque toujours après l'accouchement, comme la métrite ou la péritonite qu'elle accompagne, et presque toujours aussi dans le premier mois des couches. Les auteurs disent qu'elle attaque ordinairement les femmes qui ont les passions très-vives : nous croyons avoir remarqué que ce sont principalement celles chez lesquelles le sentiment de l'amour maternel est très-exalté. L'ovarite chronique succède presque toujours à l'aiguë; quelquefois elle est produite par la métrite ou la péritonite chroniques.

Symptômes et *marche.* Tant que l'inflammation des ovaires existe avec celle de l'utérus, il est difficile de la reconnaître; on peut seulement la soupçonner, si la douleur à la pression est un peu plus vive dans les flancs qu'à l'hypogastre, et si l'on y trouve un peu de rénitence Mais ces signes sont très-incertains, et ce n'est ordinairement qu'après avoir dissipé la métrite que l'on parvient à diagnostiquer la phlegmasie de l'o-

vaire. Assez ordinairement il y a quelques jours de calme si l'inflammation de l'utérus a été combattue énergiquement par les moyens convenables ; il reste seulement un peu de pesanteur et d'embarras dans un des côtés du bassin, car il est rare que les deux ovaires soient simultanément affectés; quelquefois cependant dans les deux côtés. En marchant, la malade éprouve parfois de la douleur dans une hanche, et cette douleur, qui disparaît par le repos du lit, est souvent réveillée par un simple changement de position. Enfin, à la suite d'une imprudence, ou sans cause connue, une douleur plus ou moins vive, sourde ou pongitive, presque toujours circonscrite, se fait sentir dans une ou les deux régions iliaques; elle est peu marquée, en général, tant que la malade reste immobile et couchée, mais la pression, la station prolongée et le mouvement l'augmentent quand elle est intense. Cependant elle est continuelle; le lieu qu'elle occupe est chaud, quelquefois tendu, rénitent, et dans quelques cas il s'élève en bosse. Clarus (1) dit qu'en pressant sur le ventre, les traits du visage se contractent, et que quelquefois même les cuisses sont agitées de convulsions. La contraction des traits du visage est aussi un symptôme de péritonite, et ne peut par conséquent servir au diagnostic de l'ovarite; quant aux mouvemens convulsifs des cuisses, nous ne les avons pas observés. Mais la douleur des lombes, des battemens dans l'aine et dans la partie interne et supérieure de la cuisse du côté affecté, donnés aussi par le même auteur pour les symptômes de l'ovarite, existent en effet quelquefois. Enfin, la douleur et l'inflammation peuvent se propager à l'utérus ou à tout l'abdomen; alors les symptômes de métrite reparaissent, ou il en survient de péritonite. En général, l'inflammation aiguë de l'ovaire ne s'annonce que par les symptômes locaux que nous venons d'énumérer; quand elle est très-

(1) *Annales cliniques* de l'Institut royal de l'hôpital Saint-Jacques à Leipsick, tom. Ier, IIe partie.

intense cependant, il s'y joint de la fréquence du pouls, de la chaleur à la peau, de la soif, de l'inappétence, la rougeur et la rareté des urines.

Les symptômes de l'ovarite chronique sont des plus obscurs tant que l'organe n'a pas acquis un certain volume. Ce n'est qu'alors, ou bien lorsqu'elle succède à l'aiguë, que le diagnostic en devient un peu plus facile. En général, la douleur est presque nulle, souvent même elle n'existe pas, et le siége de la tumeur est le seul indice qui fasse penser qu'elle est formée par l'ovaire.

Durée, terminaisons et *pronostic*. La durée moyenne de l'ovarite aiguë est de huit à dix jours; elle se termine par résolution dans ce laps de temps, quelquefois par suppuration du douzième au quatorzième jour, et dans quelques cas par la mort du quatrième au cinquième jour; mais sa terminaison la plus fréquente est le passage à l'état chronique, parce qu'elle est souvent méconnue par les accoucheurs, et négligée à l'époque où il serait possible de la combattre avec le plus de succès : sous cette forme sa durée est indéfinie. Lorsqu'elle se termine par suppuration, et que le pus est renfermé dans un kyste, l'abcès peut faire saillie à la paroi abdominale correspondante, et être ouvert par l'instrument tranchant. Quelquefois il se rompt, et le pus s'épanche dans le petit bassin; la mort en est alors la suite presque inévitable; mais il arrive plus communément que la poche dans laquelle le pus est renfermé contracte des adhérences, soit avec une portion d'intestin, soit avec la vessie, la trompe utérine, ou la paroi supérieure du vagin, et que le liquide purulent sort par l'anus, l'urètre ou la vulve. La terminaison par gangrène est extrêmement rare. L'ovarite chronique guérit rarement; presque toujours elle passe à l'état de sub-inflammation ou de squirrhe, mais ce n'est ordinairement qu'après plusieurs années de durée qu'elle compromet l'existence des malades.

Caractères anatomiques. Lorsque les malades succombent

dans l'état aigu, on trouve un ou les deux ovaires gonflés, tuméfiés et rouges, et contenant quelquefois un peu de pus disséminé dans leur substance. Dans un état plus avancé de la maladie, le pus est rassemblé dans un ou plusieurs kystes de grandeur variable : presque toujours alors l'ovaire malade a contracté des adhérences avec les parties environnantes. Mais cette terminaison par suppuration étant assez rare, il est plus fréquent de rencontrer l'ovaire seulement augmenté de volume et injecté. Plus la maladie est ancienne, et moins en général l'injection sanguine est prononcée; il arrive même une époque où elle disparaît presque entièrement; l'organe est alors devenu squirrheux. (Voyez *Désorganisations*.)

Traitement. Lorsque l'inflammation des ovaires est très-intense, et qu'elle s'accompagne de fréquence du pouls, chaleur de la peau, soif, etc., il est avantageux d'en commencer le traitement par une ou plusieurs saignées du bras, suivant son intensité; mais, dans le plus grand nombre des cas, la maladie étant tout-à-fait locale, il suffit des applications de sangsues pour la dissiper. On les place de préférence à l'hypogastre et à la région iliaque; plus rarement à la vulve et à la partie supérieure des cuisses. On doit les mettre en assez grand nombre à la fois, faire les applications à peu d'intervalle les unes des autres, vingt-quatre à trente-six heures au plus, et ne les cesser que lorsque la phlegmasie est entièrement enlevée; car, pour peu qu'il reste d'irritation dans la partie, la moindre cause peut ramener la phlegmasie à l'état aigu, ou bien la prolonger sous forme chronique. On fait prendre en même temps des bains entiers, des demi-bains, rendus émolliens par les décoctions de fleurs et de feuilles de mauve, de racine de guimauve, de poirée, etc., des demi-lavemens émolliens et narcotiques que la malade doit conserver le plus long-temps possible, des fomentations ou des cataplasmes de même nature, fréquemment renouvelés, sur la région hypogastrique. A l'intérieur, on prescrira des boissons délayantes ou acidules, au goût de la

malade; et si l'irritation sympathique du cœur et de l'estomac est vive, il sera nécessaire de recommander la diète la plus sévère ; dans le cas contraire on permettra des alimens légers et pris en petite quantité à la fois. Au lieu des boissons indiquées, on donne de préférence des infusions anti-spasmodiques, comme celle de tilleul et de feuilles d'oranger, lorsque le système nerveux est très-irritable. Lorsque la maladie menace de passer à l'état chronique, et que les saignées locales et les autres moyens paraissent sans effet, il faut recourir à l'emploi des révulsifs, et placer un vésicatoire à la partie supérieure et interne de la cuisse du côté de l'ovaire malade, ou mieux sur la région iliaque même. Que si le vésicatoire était insuffisant, on ne devrait pas hésiter à employer des révulsifs plus énergiques, tels que le séton, le cautère ou le moxa. Enfin, si une tumeur fluctuante se manifeste à l'abdomen, qu'elle ne s'éloigne pas des parois de cette cavité dans les mouvemens ou par la pression, et que les tégumens qui la recouvrent soient œdémateux, nul doute que la poche remplie de pus, formée par l'ovaire, a contracté des adhérences avec la paroi abdominale, on doit alors donner une prompte issue à la matière. A cet effet: on plonge au centre de la tumeur un trois-quarts cannelé, on glisse sur la cannelure un bistouri jusque dans le foyer, et l'on pratique une incision longitudinale qui ne doit pas dépasser les limites de l'adhérence. On fait ensuite une seconde incision, dirigée du côté de la ligne blanche ou vers l'os des îles, selon le cas, et formant une espèce de T avec la première. On évitera avec soin l'artère hypogastrique.

INFLAMMATIONS DU SYSTÈME MUSCULAIRE.

Considérations générales.

Le système musculaire se partage en deux grandes sections. celui de la vie animale et celui de la vie végétative. Il existe

une trop grande différence de formes et de fonctions entre ces deux portions d'un même système qui n'ont de semblable que les élémens de leur organisation, pour qu'il soit possible de les confondre dans les mêmes considérations générales.

Les caractères essentiels du système musculaire de la vie animale sont, d'être formé par des fibres rouges, molles, composées essentiellement de fibrine, réunies par du tissu cellulaire, et de posséder à un plus haut degré que tous les autres tissus la faculté de se contracter. Il est en outre pénétré par un très-grand nombre de vaisseaux sanguins, et aucun autre tissu ne reçoit un plus grand nombre de nerfs. On s'étonnerait après cela de la rareté de ses irritations, si l'on ne savait, qu'étrangers dans l'exercice de leurs fonctions aux influences extérieures, les muscles volontaires n'ont qu'un excitant naturel, l'action nerveuse, et qu'ils sont à l'abri de cette multitude de causes dont l'action continuelle sur la peau, les membranes muqueuses, séreuses, etc., produit les maladies fréquentes de ces parties. Il est remarquable aussi qu'ils sont très-peu sensibles dans l'état sain, ce qui contribue sans doute à la rareté de leurs maladies.

L'inflammation des muscles de la vie animale n'est pas très-commune. Si du pus a été trouvé dans quelques-uns, on pense assez généralement qu'il provenait de l'inflammation du tissu cellulaire interposé entre leurs fibres. Cependant, il existe quelques exemples de cette inflammation, et nous avons vu dans les amphithéâtres de dissection, des cadavres dont plusieurs parties du système musculaire, assez fréquemment les muscles pectoraux, étaient injectées de sang; et cette injection nous a paru être le résultat de l'inflammation. Elle n'occupait que quelques muscles, et ce n'étaient pas ceux sur lesquels avait porté le poids du corps; ils étaient d'un rouge très-vif, plus faciles à déchirer que dans l'état sain, et le sang en sortait par gouttelettes à la section. Ce ne sont pas là des effets cadavériques. Nous n'avons pu nous assurer si ces malades

avaient succombé à ce que les auteurs appellent *rhumatisme musculaire*.

Des fibres rouges, composées de fibrine et contractiles, forment aussi les caractères du système musculaire de la vie végétative, mais elles sont, en général, plus courtes et plus minces que celles du précédent. Excepté au cœur, elles sont plus blanches et toujours placées sous des membranes muqueuses; elles sont presque partout entrelacées, disposition qui, dans les muscles volontaires, ne s'observe qu'à la langue; enfin elles sont en partie soustraites à l'influence cérébrale directe. Dans ce système, « les nerfs viennent de deux sources; 1° du sys- « tème cérébral; 2° de celui des ganglions. Excepté dans l'es- « tomac, où se distribue la paire vague, les nerfs des gan- « glions prédominent partout. Au cœur, ils sont les principaux; « aux intestins, ils existent seuls; à l'extrémité du rectum et « de la vessie, leur proportion est supérieure à celle des nerfs « venant de l'épine (1). » Cette disposition anatomique nous expliquera plusieurs faits de pathologie. Les vaisseaux sanguins abondent dans ce système; l'irritabilité y est presque nulle. A l'abri de l'action des agens extérieurs, les muscles qui nous occupent sont rarement affectés, et, si l'on en excepte le cœur et l'utérus, on ne connaît pas de maladies qui leur appartiennent, le plan musculaire des voies digestives et urinaires ne paraissant jamais irrité que consécutivement aux membranes muqueuses qui le tapissent.

On voit qu'en dernier résultat peu de maladies affectent le système musculaire, soit de la vie animale, soit de la vie végétative, et qu'à l'exception de l'inflammation, le petit nombre de celles qu'on y remarque est peu connu.

(1) Bichat, *Anatomie générale*, tom. III, pag. 346.

De la myosite.

Avec plusieurs auteurs, nous nommons *myosite* l'inflammation des muscles en général. Les phlegmasies de quelques-uns d'entre eux seulement ont reçu des noms particuliers ; ce sont celle des muscles intercostaux, qui est appelée *pleurodynie ;* celle des muscles des lombes, que l'on nomme *lumbago ;* celle du muscle *psoas,* que l'on nomme *psoïte ;* celle de la langue, que l'on désigne par le nom de *glossite*, et celle du cœur ou la *cardite.* La glossite et la cardite exceptées, toutes ces phlegmasies sont aussi désignées en masse par la dénomination de *rhumatisme musculaire.* On observe la myosite sous forme aiguë, sous forme chronique, et tantôt continue, tantôt intermittente.

Causes. L'inflammation des muscles attaque ordinairement des individus depuis vingt jusqu'à cinquante ans ; elle est cependant encore assez fréquente chez les vieillards, mais les exemples en sont très-rares chez les enfans. Ce sont en général des hommes robustes et doués d'une bonne constitution qui en sont atteints ; certaines idiosyncrasies, probablement héréditaires, l'oisiveté et les excès vénériens y prédisposent : on l'observe plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes ; enfin, les militaires exposés à coucher en plein air, les individus qui travaillent ayant une partie du corps dans l'eau, ceux que leur profession oblige à passer d'une température élevée à l'air froid, en offrent les plus nombreux exemples. Le froid humide est certainement la cause la plus puissante et la plus ordinaire de cette phlegmasie ; aussi la voit-on sévir davantage dans les pays froids et humides, exposés aux vents frais et saturés d'eau et aux variations brusques de température, et dans les saisons du printemps et de l'automne. Elle est le plus souvent produite par les transitions brusques d'une température élevée à une température basse, par le coucher sur la terre

humide et froide ou dans un lieu qui réunit ces conditions malfaisantes, et par le contact d'un air froid sur une partie du corps, tandis que le reste est échauffé ou en sueur, et surtout pendant le sommeil. Après ces causes viennent les fatigues excessives, l'abus des liqueurs alcooliques, l'usage d'alimens trop excitans, les gastrites prolongées, et enfin la suppression d'écoulemens et d'hémorrhagies habituelles, et la disparition trop prompte des phlegmasies cutanées.

Symptômes. La douleur est à peu près le seul caractère bien saillant de cette phlegmasie. Elle est vive et dilacérante dans l'état aigu ; elle occupe le tissu même d'un ou de plusieurs muscles, principalement de ceux des membres ; elle augmente quelquefois par le plus léger contact, une faible pression, ou même une petite secousse ; mais elle est surtout accrue par les mouvemens qui forcent les muscles enflammés à agir ; elle rend même quelquefois ces mouvemens impossibles. Enfin, quand l'inflammation est intense, cette douleur est ordinairement fixe ; elle est au contraire vague, et se porte rapidement d'un muscle sur un autre, lorsque la phlegmasie est de moyenne intensité, et à plus forte raison lorsqu'elle est légère ; mais, sous ce double rapport, elle offre de nombreuses exceptions. Il est rare qu'il existe un changement de couleur et du gonflement à la peau qui recouvre les muscles enflammés; cependant cela s'observe quelquefois, et chez le malade de la treizième observation dans le premier volume de l'*Histoire des phlegmasies chroniques*, il existait une légère tuméfaction douloureuse au tact, avec nuance brunâtre de la peau. L'invasion de la myosite très-aiguë s'annonce ordinairement par des lassitudes et du frisson, bientôt suivis de l'apparition des douleurs, avec dureté, plénitude et fréquence du pouls, chaleur et moiteur de la peau, enduit blanchâtre de la langue, soif et perte d'appétit. Ces phénomènes sympathiques sont en général plus prononcés vers le soir ; ils durent tant que l'inflammation musculaire reste intense. Lorsqu'elle a débuté sous forme chro-

nique, ou qu'elle passe à cet état, les symptômes locaux existent seuls, la douleur est en général obtuse, et revient à des époques irrégulières; elle est rarement accompagnée de chaleur de la partie.

Lorsque l'inflammation a son siège dans les muscles intercostaux, elle prend, ainsi que nous l'avons déjà dit, le nom de *pleurodynie*. La douleur occupe toute la poitrine, ou un seul côté ou une petite étendue de ses parois ; quelquefois fixe, elle est plus fréquemment mobile ; elle gène la respiration, augmente pendant l'inspiration et la toux, et surtout par la pression et les mouvemens du bras, ce qui la distingue de la douleur pleurétique : enfin, elle rend très-douloureux et souvent même impossible le décubitus sur le côté affecté.

Les muscles des lombes sont assez souvent frappés d'inflammation pour qu'on ait cru devoir décrire leur phlegmasie particulière sous le nom de *lumbago*. Mais on confond sous cette dénomination toutes les douleurs qui se font sentir dans la région des lombes, soit qu'elles aient leur siège dans les aponévroses de cette région, dans les muscles, dans les ligamens et le périoste des vertèbres, soit enfin qu'elles partent des nerfs lombaires ou sacrés, et l'impossibilité de distinguer pendant la vie leur vrai siège, rend cette confusion inévitable, mais elle est sans danger, parce que le traitement reste le même. La douleur est ordinairement fixe et violente; elle occupe toute la région des lombes, de chaque côté de la colonne vertébrale, ou d'un seul côté seulement, et s'étend souvent jusqu'au sacrum et au périnée. Quand elle est très-violente, le malade marche courbé, et ne peut en aucune façon redresser la colonne vertébrale; il est constipé, et éprouve même quelquefois de la difficulté a uriner; toute position le fatigue, il ne peut goûter de repos, et est dans une agitation continuelle. Malgré l'intensité de la douleur, il est rare cependant que cette phlegmasie provoque des sympathies.

Enfin, l'inflammation a quelquefois son siége dans l'un des muscles *psoas* , et prend le nom de *psoïte*. Le diagnostic en est assez difficile ; cependant le siége de la douleur, la difficulté ou l'impossibilité d'étendre le membre du côté malade, et de lui faire exécuter un mouvement de rotation en dehors, doivent faire soupçonner l'existence de cette phlegmasie, qui du reste est extrêmement rare. Nous ne parlons pas de l'inflammation du diaphragme, ou de la *diaphragmite ;* elle n'est pas connue, et toutes les descriptions qu'on en a données doivent être rapportées à la péritonite sous-diaphragmatique, ou à la pleurite sus-diaphragmatique. La *paraphrénésie* des auteurs n'est autre chose que l'une de ces phlegmasies, accompagnée d'irritation cérébrale : il est aisé de s'en convaincre à la simple lecture des symptômes qu'ils lui ont assignés.

Marche , durée , terminaisons et *pronostic.* Sous forme aiguë comme sous forme chronique, la marche de la myosite est en général assez lente ; elle est aussi fréquemment peut-être intermittente que continue. Dans quelques cas rares, elle ne dure que quatre à cinq jours : cela s'observe surtout dans la pleurodynie et le lumbago ; mais le plus ordinairement elle se prolonge pendant quinze, trente, quarante et soixante jours, plusieurs mois, et même plusieurs années. Terme moyen, on peut évaluer sa durée, à l'état aigu, à trente jours ; mais à l'état chronique, elle est indéterminée. Les modes de terminaison les plus ordinaires de la myosite sont la délitescence et la résolution ; il est très-rare qu'elle se termine par suppuration, quelques médecins en contestent même la possibilité ; sa terminaison par induration est encore plus rare ; enfin, il n'existe pas d'exemple de sa terminaison par gangrène. Souvent la résolution de cette phlegmasie est accompagnée de sueurs abondantes, d'une salivation considérable, d'une diarrhée spontanée, ou d'urines sédimenteuses, mais surtout d'hémorrhagies par le nez, le vagin, ou l'anus. Ainsi, le retour des règles, la réapparition d'un flux hémorrhoïdal supprimé,

ou une épistaxis, se manifestent souvent dans le cours d'une inflammation musculaire, et la diminuent presque toujours, lorsqu'ils ne la font pas disparaître. On lit dans les auteurs que la rétraction des membres, ou leur paralysie, succèdent quelquefois à la myosite chronique; mais nous croyons que, dans la plupart des cas de cette nature, on a pris pour l'inflammation des muscles, des contractions douloureuses dépendant d'une irritation cérébrale. Cette phlegmasie n'est presque jamais dangereuse.

Caractères anatomiques. Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit dans nos généralités.

Traitement. Le traitement de la myosite aiguë consiste presque uniquement dans l'emploi des saignées générales et locales, de la diète et des boissons délayantes. Lorsque l'inflammation est très-aiguë, et qu'elle occupe quelque étendue, il est toujours avantageux de commencer le traitement par une ou plusieurs saignées générales, suivant la force du sujet; au contraire, lorsqu'elle est peu intense, et bornée à un seul muscle, ou à un très-petit nombre de ces organes, les saignées locales suffisent : on doit même les préférer lorsque l'inflammation a succédé à la suppression des menstrues ou du flux hémorrhoïdal, mais alors il faut les pratiquer à la vulve ou à l'anus. Les décoctions d'orge, de guimauve, de chiendent, le thé léger, les infusions de bourrache, de buglosse, de sureau etc., sont les boissons dont on fait le plus fréquemment usage; ordinairement on y ajoute du nitrate de potasse. La diète doit être d'autant plus sévère, que l'inflammation est plus vive : elle doit être absolue si les voies digestives sont irritées. Dans ce dernier cas, il faut joindre le traitement de la gastro-entérite à celui de l'inflammation musculaire. Lorsque la myosite est chronique, on peut encore, dans certains cas, recourir aux saignées locales, surtout au commencement, et lorsqu'elle débute sous cette forme, mais l'efficacité de ce moyen n'est plus alors aussi marquée que dans l'état aigu; les onctions huileuses opiacées, le

baume tranquille, les cataplasmes émolliens et narcotiques, les bains tièdes prolongés pendant cinq et six heures, sont préférables. On en seconde l'efficacité par des boissons chaudes et sudorifiques, telles que les infusions de sureau, de véronique, de sassafras, la décoction de salsepareille, de squine, de gaïac, etc. Les vêtemens de flanelle, les frictions sèches, sont encore utiles; le régime doit être adoucissant. On compte un assez grand nombre de guérisons obtenues par les révulsions exercées sur les voies digestives, à l'aide des purgatifs. Les médicamens qui augmentent la sécrétion des urines sont en général d'un faible secours; on se borne ordinairement à les associer aux précédens. Les narcotiques, et en particulier l'opium produisent d'assez bons effets. On a employé quelquefois avec succès le quinquina contre les myosites intermittentes. Il faut avoir le plus grand soin d'entretenir autour du malade une température douce, et de le préserver du contact de l'air froid.

La pleurodynie cède ordinairement à l'action des seules boissons sudorifiques, mais il n'en est pas de même du lumbago, contre lequel il faut très-souvent employer plusieurs applications de sangsues et des bains prolongés. Il n'est pas rare cependant de le voir céder promptement à l'administration d'un purgatif drastique et quelquefois à de simples lavemens émolliens et narcotiques. La psoïte ne réclame pas de traitement particulier.

De la glossite.

La glossite est l'inflammation du tissu charnu de la langue Nous ne donnons pas ce nom à l'inflammation de la membrane muqueuse qui recouvre cet organe; cette phlegmasie a été décrite à l'occasion de la stomatite, dont elle n'est en général qu'un symptôme. L'inflammation seule du tissu musculaire de la langue va nous occuper ici; elle est aigue ou chronique, et

toujours continue ; Claudius cependant rapporte un exemple de glossite intermittente chez une jeune fille.

Causes. Les causes de la glossite sont d'abord toutes les plaies faites à la langue par un instrument piquant ou tranchant, un os aigu, une dent cariée et garnie d'aspérités, ou par les dents lors d'une attaque d'apoplexie ou d'épilepsie ; le contact des substances irritantes ou caustiques, la piqûre d'un insecte ou d'un reptile venimeux ; mais elle est le plus ordinairement symptomatique d'une gastro-entérite violente. Quelquefois elle se développe par l'extension d'une phlegmasie des parties environnantes, celle des amygdales, par exemple ; plus fréquemment, ce sont des aphthes ou des pustules varioliques développés sur sur la membrane muqueuse de la langue qui enflamment cette membrane, et par extension le tissu même de l'organe. Le mercure, en déterminant une salivation abondante, provoque parfois la glossite ; une forte et subite congestion de sang vers la tête peut déterminer tout à la fois une hémorrhagie cérébrale ou apoplexie, la turgescence livide de la face et l'inflammation de la langue ; enfin elle est quelquefois produite par la présence d'un calcul au sein de l'organe. Dans certains cas, elle survient sans cause connue : M. Sauque en cite deux exemples dans sa thèse (1).

Symptômes et *marche*. La glossite se manifeste ordinairement d'une manière subite. En quelques heures, la langue se gonfle au point de remplir la bouche ; en arrière, elle repousse le voile du palais et déprime la glotte ; en avant, elle franchit l'arcade dentaire et se porte plus ou moins hors de la bouche : sa surface est ordinairement sèche, rouge, quelquefois brune ou noirâtre, et lorsque la membrane muqueuse participe à l'inflammation, elle est parfois recouverte d'une couche de matière blanchâtre très-adhérente, souvent disposée par plaques au-dessous desquelles les papilles sont rouges et très-sensibles. La

(1) *Dissertation sur la glossite*. Faculté de Paris, 1818, n° 197.

déglutition et l'exercice de la parole sont bientôt difficiles et plus tard impossibles ; la respiration est gênée ; une salive épaisse et plus ou moins abondante s'écoule ; enfin, chez quelques sujets, le visage se gonfle et prend une teinte violette. Lorsque l'inflammation est parvenue à un certain degré d'intensité, le pouls devient dur et fréquent, la peau est brûlante et se couvre de sueur, et les urines sont rouges et déposent un sédiment briqueté. Enfin, la tuméfaction de la langue fait des progrès rapides, la respiration ne s'opère plus qu'avec une difficulté extrême, il y a imminence de suffocation, des symptômes de congestion cérébrale se manifestent, et le malade succombe si l'on n'y porte remède.

Assez fréquemment la glossite est accompagnée de l'inflammation du pharynx, des amygdales, du voile du palais ou des glandes sous maxillaires. Il n'est pas rare non plus de la voir exister avec une gastro-entérite, dont elle n'est souvent qu'un symptôme ; mais, dans ce cas, elle n'acquiert jamais ce haut degré d'intensité que nous avons décrit. L'état de rougeur de la langue, et la sensation de picottement ou de brûlure que l'on observe chez quelques malades atteints de gartro-entérite, constituent réellement un premier degré de glossite sympathique.

La glossite chronique est rare ; elle n'est jamais primitive et succède toujours à l'aiguë. On voit alors la langue conserver le volume énorme qu'elle a acquis, pendre hors de la bouche, et conserver de la rénitence en cessant d'être douloureuse.

Quelquefois le volume de l'organe n'est pas aussi considérable, à beaucoup près ; la maladie est alors peu grave. M. le docteur Sauque rapporte, dans sa thèse, l'exemple d'une dame qui, à la suite d'aphtes compliqués de glossite, a conservé un gonflement de la langue peu considérable, mais qui l'est cependant assez pour gêner la parole (1).

(1) *Dissertation citée.*

La désorganisation cancéreuse est quelquefois la suite de la glossite chronique, mais elle survient plus communément dans d'autres circonstances que nous ferons connaître lorsque nous traiterons des *désorganisations*. Enfin, il existe une espèce de gonflement de la langue dont les crétins offrent plusieurs exemples, qui est plutôt une irritation nutritive, une hypertrophie de cet organe, qu'une inflammation. Dans cette affection, la langue pousse les dents en avant, les renverse et les use, elle est sillonnée par ces os, s'avance hors de la bouche, la salive s'écoule de chaque côté, et le visage offre l'aspect le plus hideux. Cet état est irrémédiable.

Durée, *terminaisons* et *pronostic*. La durée de cette phlegmasie, à l'état aigu, n'est en général que de quelques jours; à l'état chronique, elle dure indéfiniment, ou du moins très-long-temps. Son mode de terminaison le plus ordinaire est la résolution; quelquefois elle se termine par suppuration; très-rarement par gangrène. Ce n'est que lorsqu'elle accompagne une affection scorbutique, ou lorsqu'elle dépend d'une gastro-entérite intense, qu'elle peut avoir quelquefois cette dernière terminaison. Enfin, nous avons vu qu'elle est parfois mortelle, et que, dans quelques cas, elle passe à l'état chronique. La glossite est souvent une maladie grave, mais l'art possède des moyens presque assurés d'en arrêter les progrès funestes. L'anatomie pathologique n'a rien appris sur l'état de la langue après la mort.

Traitement. Lorsque la glossite est légère, il suffit en général de la diète, des boissons délayantes et mucilagineuses ou acidules, nitrées ou légèrement laxatives, de gargarismes également acidulés et émolliens, enfin de pédiluves sinapisés et de lavemens laxatifs, pour la dissiper. Mais comme très-souvent elle est symptomatique d'une irritation gastro-intestinale, c'est contre cette dernière affection qu'il faut diriger les moyens thérapeutiques: ils suffisent presque toujours alors pour faire cesser les deux phlegmasies en même temps. Mais lorsque la

glossite est intense, on ne saurait employer des moyens trop prompts ni trop actifs; il faut en toute hâte pratiquer une saignée de la jugulaire, du bras ou du pied, et y revenir promptement si la violence des symptômes et la force du sujet y autorisent. On obtient presque toujours des effets beaucoup plus rapides de la saignée des veines ranines, lorsqu'elle est possible, ce qui est rare, ou de l'application de nombreuses sangsues au cou, et mieux sur la langue elle-même. En même temps, on a recours aux moyens simples précédemment indiqués; seulement lorsque les voies digestives sont saines, on administre avec succès un émétique ou des purgatifs drastiques, qui produisent des révulsions promptes et salutaires. Dans les cas où le gonflement trop considérable de la langue rend la déglutition impossible, on apaise la soif du malade par des bains, des lavemens, et en humectant la langue avec des tranches de citron ou d'orange. Enfin, si, malgré tous ces moyens, la tuméfaction de la langue augmente sans cesse, et s'il y a danger de suffocation, il faut sans hésiter pratiquer deux profondes scarrifications dans le tissu de l'organe, depuis sa base jusqu'à sa pointe. La diminution du gonflement, de tous les symptomes inflammatoires et des accidens qui en dépendent, suit promptement cette opération, et les incisions pratiquées se réduisent considérablement. S'il arrivait cependant que ce moyen restât sans effet, et que la suffocation devînt de plus en plus imminente, on devrait ouvrir la membrane crico-tyroïdienne.

Lorsque la glossite se termine par suppuration, on donne issue au pus par le moyen d'une incision pratiquée avec le pharyngotome ou le bistouri, et on prescrit les gargarismes émolliens, miellés, acidulés, puis astringens; et si la suppuration se prolonge, on les remplace par des injections toniques de décoction de quinquina avec le miel rosat, ou de teinture de myrrhe ou de baume du Pérou. Quand la gangrène a été la suite de l'inflammation, on emploie les gargarismes faits avec la décoc-

tion de quinquina, et acidulés avec un acide minéral, et l'on retranche les portions gangrénées.

On obtient difficilement la guérison de la glossite chronique. Cependant, par la persévérance dans l'emploi des saignées locales et de tous les moyens antiphlogistiques conseillés pour l'état aigu, par des révulsions exercées sur le tube intestinal, et plus tard par l'emploi des topiques narcotiques et des astringens, des vapeurs aromatiques dirigées sur la langue, d'incisions nouvelles pratiquées sur cet organe, et des ventouses sèches et scarrifiées autour des mâchoires et à la nuque, on peut espérer de la guérir quelquefois. La compression a paru produire de bons effets chez une malade. Quelquefois on est forcé d'avoir recours à l'extirpation d'une portion plus ou moins considérable de la langue. (Voyez *Désorganisations.*)

De la cardite.

La cardite, ou l'inflammation du tissu même du cœur, est une maladie sur laquelle il règne encore beaucoup d'obscurité. Cette phlegmasie est rare : on l'a cependant observée à l'état aigu et à l'état chronique.

Causes. Les plaies du cœur, les contusions, la rupture d'un des piliers de cet organe, les efforts violens et la disparition subite d'une phlegmasie musculaire, en sont quelquefois les causes ; mais elle est plus fréquemment produite par l'extension de la phlegmasie d'une partie voisine, et principalement du péricarde, et, bien plus souvent encore par l'influence sympathique des inflammations graves, qui augmentent beaucoup les contractions du cœur ou qui les accélèrent pendant longtemps, et surtout par celle de la membrane muqueuse gastro-intestinale. L'inflammation occupe quelquefois, dit-on, toute l'étendue du cœur ; mais il n'en existe pas d'exemple bien avéré. Quant à l'inflammation partielle, on en possède des observations assez nombreuses; c'est à elle qu'il faut rapporter les abcès cir-

conscrits développés dans le tissu même du cœur; les ulcérations qui pénètrent plus ou moins profondément dans sa substance, ainsi que le ramollissement et l'endurcissement de quelques points de cet organe.

Caractères anatomiques. Les altérations que l'on observe à la suite de la cardite aiguë et chronique sont nombreuses et assez bien connues. Ainsi on a trouvé le tissu du cœur ramolli partiellement et dans toute son étendue; flasque, mou, facile à déchirer, et d'un rouge foncé ou même brunâtre, après la cardite aiguë; décoloré pâle ou jaunâtre, après la cardite chronique. On a vu des portions plus ou moins étendues de cet organe, un ventricule, une oreillette, les valvules, ayant acquis la consistance des fibro-cartilages ou celles des cartilages quelquefois ossifiées, et d'autres fois incrustées de matière calcaire. On a rencontré des érosions, des ulcères superficiels et étroits à la partie interne ou à la partie externe du cœur, des ulcérations pénétrant profondément dans sa substance, au point d'en perforer les parois, et de petites collections purulentes logées dans l'épaisseur du tissu ou entre les piliers. L'inflammation de la membrane interne du cœur, ou celle du péricarde qui le recouvre, accompagne toujours les ulcérations que nous venons de décrire, et celles-ci existent constamment du côté de celle de ces deux membranes qui est enflammée. On a conclu, avec raison, que ces altérations étaient, dans le plus grand nombre des cas, et peut-être dans tous, précédées par la phlegmasie des membranes; en un mot, que l'inflammation du tissu propre du cœur n'était que très-rarement et peut-être jamais primitive. Il faut en excepter peut-être les cardites qui succèdent à la disparition subite d'une phlegmasie musculaire, l'irritation qui abandonne un tissu ayant toujours plus de tendance à se développer dans un tissu de même nature.

Symptômes. Si l'anatomie pathologique de la cardite laisse peu de chose à désirer, il est loin d'en être de même du diag-

nostic. Corvisart dit positivement que les signes de la cardite aiguë ne diffèrent pas de ceux de la péricardite (1); et tous les médecins qui ont écrit sur cette maladie, depuis ce savant observateur, font le même aveu. Les symptômes sont seulement plus violens, disent-ils; l'anxiété est des plus considérables, le pouls d'une fréquence, d'une petitesse et d'une faiblesse extrêmes; il est intermittent; les lipothymies sont fréquentes; mais il est évident que ces symptômes appartiennent aussi à la péricardite très-aiguë. Cependant, lorsqu'une douleur vive, poignante et profonde se fait sentir dans la région du cœur, que les syncopes sont très-fréquentes, que l'anxiété est extrême, que le pouls est serré, petit, tremblant, dur et très-variable, on ne peut douter de l'existence d'une inflammation du cœur; mais il est plus que probable que le péricarde est en même temps enflammé. Chaque fois du moins que Corvisart a observé ces symptômes, il a rencontré sur les cadavres la double inflammation du cœur et de son enveloppe (2). L'auscultation n'ajoute malheureusement que peu de chose à ces signes; elle nous apprend seulement que les contractions du cœur sont vives, précipitées et comme convulsives. Le docteur Folchi donne comme symptôme constant de cardite, un pouls d'une telle vitesse qu'il est difficile d'en compter les battemens, et un tressaillement de l'artère sous le doigt, où elle produit la sensation de légers soubresauts. Il semble, dit-il, qu'à chaque pulsation l'artère revienne sur elle-même avant que sa dilatation ait eu lieu complètement, de manière que le mouvement confus qui en résulte s'oppose à ce qu'on puisse compter exactement les battemens (3).

La cardite chronique est bien plus difficile encore à diagnostiquer. Si elle a produit le ramollissement de l'organe, les con-

(1) *Essai sur les maladies du cœur*, pag. 258, 3e édition.

(2) *Ouvrage cité*, même page.

(3) *Archives générales de Médecine*, tom. VI, pag. 282 et suivantes.

tractions en sont faibles, tantôt précipitées et tantôt lentes sur le même individu; leur son est plus sourd, plus obscur, plus obtus que dans l'état normal; les battemens du pouls sont fréquens, mais mous et sans vigueur, et il existe des signes d'obstacle à la circulation, comme étouffemens, palpitations et infiltration séreuse. Si, au contraire, la cardite chronique est très-ancienne et a entraîné l'endurcissement d'une portion du cœur, la force et surtout le bruit considérable des contractions peuvent faire soupçonner cette altération.

La cardite est une maladie grave; à l'état aigu, elle est presque constamment mortelle, et la mort survient quelquefois d'une manière subite.

Traitement. Soit que l'on parvienne à reconnaître d'une manière certaine l'existence d'une cardite aiguë, soit que l'on ne puisse pas acquérir la certitude positive de son existence, comme elle ne peut être confondue qu'avec la péricardite, il faut immédiatement soumettre le malade au traitement antiphlogistique le plus actif. On doit employer d'abord, et presque exclusivement, les saignées générales: on peut ensuite faire des applications de nombreuses sangsues à la région précordiale, et l'on prescrit en même temps la diète absolue, les boissons délayantes, gommeuses ou acidules, et le repos le plus parfait. La conduite du médecin doit encore être la même dans le cas de cardite chronique; seulement les moyens indiqués sont proportionnés à l'intensité de la phlegmasie, et l'on peut y joindre l'emploi des révulsifs, tels que les pédiluves, les vésicatoires, les cautères, les sétons ou les moxas, et à l'intérieur, les purgatifs ou les diurétiques.

FIN DU PREMIER VOLUME.

TABLE

DU PREMIER VOLUME.

FIN DE LA TABLE DU PREMIER VOLUME.